

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N° 379

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

SUZANNE WEISMANN

Externe des Hôpitaux

Licenciée ès-sciences

Née à Paris, le 5 Janvier 1897

DES

MIGRAINES

(Essai de Classification Etiologique et Pathogénique)

Président : M. H. SICARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

97E

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

379 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

SUZANNE WEISMANN

Externe des Hôpitaux

Licenciée ès-sciences

Née à Paris, le 5 Janvier 1897

DES

MIGRAINES

(Essai de Classification Étiologique et Pathogénique)

Président : M. H. SICARD, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	R. UNIV.	NICOLAS:
Anatomie médico-chirurgicale.	BIBLIOTHEEK	CUNÉO.
Physiologie.	LEDES	Ch. RICHET.
Physique médicale.		André BROCA
Chimie organique et chimie générale.		DESGREZ.
Bactériologie.		BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.		Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.		SICARD.
Pathologie chirurgicale.		LECÈNE
Anatomie pathologique.		LETULLE.
Histologie.		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.		RICHAUD.
Thérapeutique.		CARNOT.
Hygiène.		Léon BERNARD.
Médecine légale.		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER.
Clinique médicale.		GILBERT.
		CHAUFFARD.
		ACHARD.
		WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.		TEISSIER.
		DELBET.
Clinique chirurgicale.		HARTMANN.
		LEJARS.
		GOSSE T.
Clinique ophtalmologique.		De LAPERSONNE
Clinique urologique.		LEGUEU
		COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.		BRINDEAU.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique.		J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.		BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.		VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.		SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.		DUVAL.
Clinique propédeutique.		SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIERRE . . .	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY	Pathologie médicale	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER	Pathologie médicale	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERRER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MARI

A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

▲ MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR J.-A. SICARD

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER

*En remerciement de ses excellentes leçons
cliniques et de la bienveillance dont il
a fait preuve à mon égard.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR ARNOLD NETTER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX

*En témoignage d'admiration
et de profonde affection.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

1914-15 M. LE DOCTEUR THIROLOIX.

1915-16 M. LE PROFESSEUR DELBET.

1916-17-18 M. LE PROFESSEUR WIDAL.

avec mes sentiments de reconnaissance pour son précieux enseignement.

1918-19 M. LE DOCTEUR NETTER.

1919-20 M. LE DOCTEUR QUEYRAT.

External

1920-21 M. LE PROFESSEUR BEZANÇON.

en témoignage de ma respectueuse affection et de ma gratitude.

1921-22 M. LE PROFESSEUR SICARD.

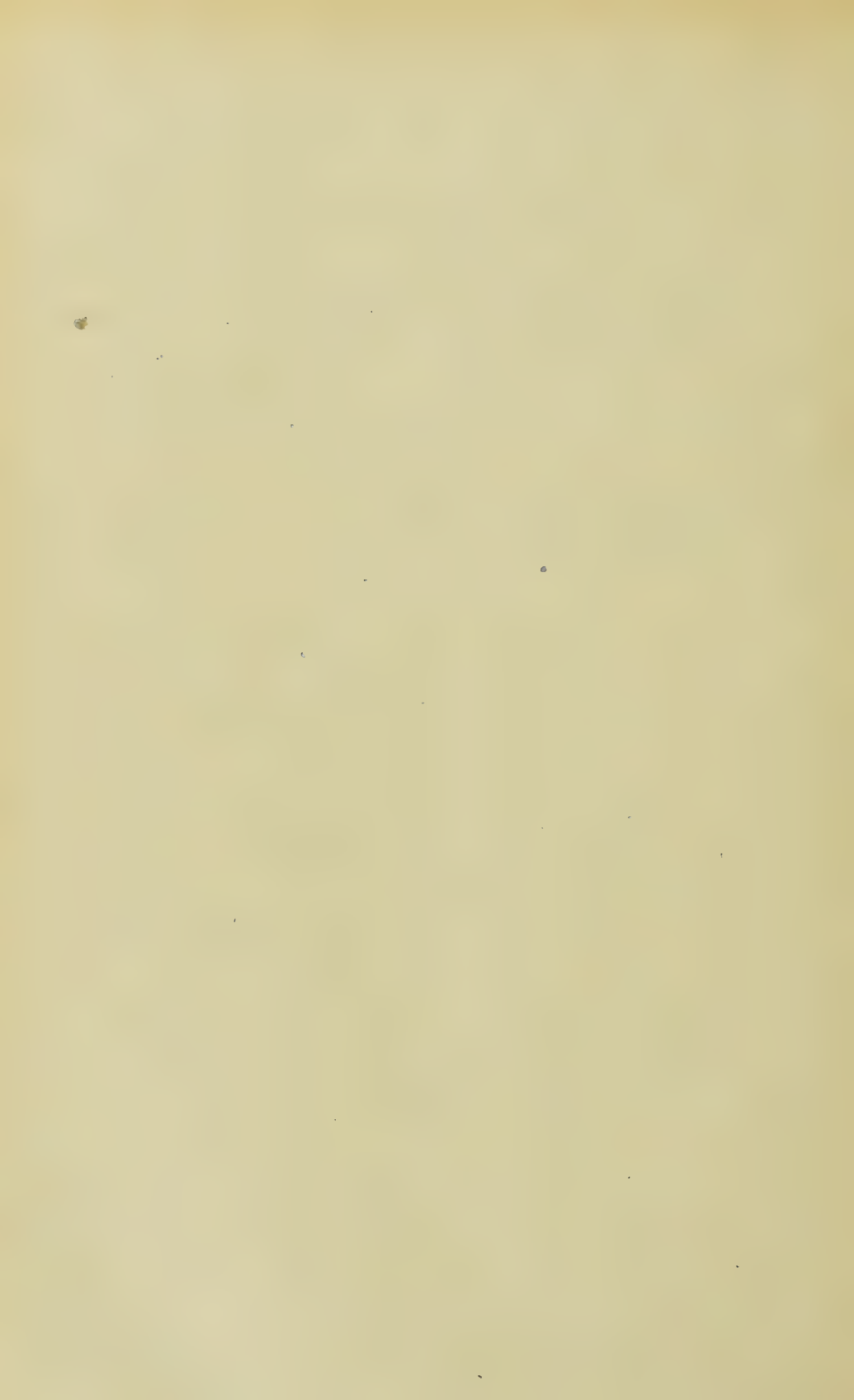
1922 M. LE DOCTEUR MARCEL PINARD.

1922-23 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TERRIEN.

1923-24 M. LE DOCTEUR MONTHUS.

que nous remercions pour l'excellent accueil qu'il nous a réservé.

MM. LES DOCTEURS P. HALBRON, PASTEUR VALLERY-RADOT, S.-I. DE JONG, COUTELA, MÉDECINS DES HÔPITAUX ; M. LE DOCTEUR P. BRAUN.



Introduction

Les travaux d'ensemble sur la migraine n'ont pas été très nombreux au cours de ces dernières années. En dehors d'un article de traité, de M. Sicard (article Migraine in traite Sergent), on ne peut guère citer, depuis la revue générale de F. Lévy et Baulle (1), que d'assez brefs exposés touchant en général une partie seulement de la question. Tel l'intéressant article tiré d'une leçon du P^r H. Roger par M. Aymes (2).

Pourtant, à la lumière des travaux de M. Widal et de son école, des acquisitions importantes ont été réalisées en ce qui concerne la pathogénie et le traitement de certaines migraines, grâce surtout à MM. Pagniez, Pasteur Vallery-Radot et Nast (4, 5, 6, 7, 8, 9).

(1) F. LÉVY et BAUFLE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1910.

(2) H. ROGER. — Les migraines, diagnostic et traitement. *Pratique médicale française*, avril 1923.

(3) NAST. — Traitement de la migraine. Compte rendu du Groupement médical de la V^e région, 23 février 1917.

(4) PAGNIEZ, PASTEUR VALLÉRY-RADOT et NAST. — Essai d'une thérapeutique préventive de certaines migraines. *Presse médicale*, 3 avril 1919.

(5) PAGNIEZ et NAST. — Recherches sur la pathogénie de la crise de migraine. *Presse médicale*, 28 avril 1920.

(6) PAGNIEZ et P. VALLÉRY-RADOT. — L'antianaphylaxie digestive. *Annales de médecine*, octobre 1920.

(7) PAGNIEZ. — Quelques traitements de la migraine. *Presse médicale*, 15 janvier 1921.

(8) NAST. — Migraine, la peptonothérapie prépsandiale. Thèse Paris, 1922.

(9) PASTEUR VALLÉRY-RADOT. — Migraine et anaphylaxie. *La Médecine*, février 1923.

La fortune actuelle des théories sur l'équilibre vago-sympathique donne aussi à la migraine un regain d'actualité. Les auteurs précédents, et, avec eux, Bouché et Hustin (10, 11), considèrent la migraine de ce point de vue.

Toutes ces conceptions nouvelles devaient forcément provoquer des recherches sur les humeurs des migraineux. MM. Remond et Rouzaud (12) les ont étudiées à divers points de vue, mais il reste beaucoup à faire sur ce sujet.

Le présent travail est une revue d'ensemble de la migraine. C'est aussi, on le verra, un essai de classification *des migraines*, considérées particulièrement du point de vue étiologique. Nous y relatons enfin quelques recherches originales, les unes faites en collaboration avec M. Pasteur Vallery-Radot (cutiréactions à diverses substances, recherches de précipitines dans le sérum), les autres faites en collaboration avec R. Weissmann-Netter et portant sur les modifications de la réserve alcaline du sang constatées en crise ou en dehors de crise.

Nous manquons à toute gratitude en n'apportant pas ici nos remerciements à tous ceux qui nous ont encouragée ou aidée : M. le P^r Sicard, dans le service duquel, grâce à son enseignement clinique, nous nous sommes tout d'abord intéressée au problème de la migraine; M. le Dr Pasteur Vallery-Radot, qui ne nous a ménagé ni ses conseils, ni sa documentation, ni son active et bienveil-

(10) BOUCHÉ et HUSTIN. — Le choc vasotonique. Académie royale de Belgique, 1919 et 1920.

(11) BOUCHÉ et HUSTIN. — Le choc sérique léger chez l'homme. *Presse médicale*, 8 octobre 1921.

(12) REMOND et ROUZAUD. — *Revue de médecine*, 1921.

lante collaboration; M. le D^r Souques, qui s'est intéressé à notre travail et a bien voulu nous adresser de ses malades; MM. les D^{rs} Debré, Lévy-Fraenkel, Gutmann, M^{me} U. Lévy, qui nous ont aimablement fourni d'intéressantes observations.

Enfin nous remercions bien cordialement M. Ch.-O. Guillaumin, lequel nous a initiée à ses techniques de dosage, simples et sûres, et bien affectueusement R. Weismann-Netter, qui est pour beaucoup dans ce travail.

Nous prions aussi M. le D^r Toulouse et M. le P^r agrégé Blanchetière, qui ont bien voulu nous permettre de poursuivre nos recherches chimiques dans leur laboratoire de Sainte-Anne, de trouver ici l'expression de notre bien sincère gratitude.

CHAPITRE PREMIER

La Crise Migraineuse

L'étude clinique de la crise migraineuse banale est bien faite dans tous les traités classiques. Pour se faire une idée de l'intensité des phénomènes subjectifs qu'elle comporte, on peut se reporter aux descriptions imagées de migraineux célèbres (Montaigne, Vigny, Maupassant) peignant en vives couleurs leurs propres accès.

Nous nous contenterons ici d'un bref rappel des éléments caractéristiques de la crise banale. Elle est essentiellement constituée de l'association d'une céphalée très vive, en général hémicranienne, avec une hyperexcitabilité sensorielle (photophobie surtout) et un état nauséux constant, allant ou non jusqu'au vomissement.

C'est souvent le matin, au réveil, que la crise débute brusquement. Mais elle peut survenir à un moment quelconque de la journée ou plus rarement de la nuit. Chez un même migraineux, il est fréquent que toutes les crises

surviennent à la même heure. La crise migraineuse peut être précédée de prodromes, ceux-ci étant également toujours les mêmes chez un malade donné : il peut s'agir d'inaptitude au travail, d'un changement de caractère : irritabilité, émotivité inaccoutumée, tristesse ou, au contraire, alacrité. C'est souvent un manque d'appétit, des bâillements, des éructations, un état nauséux déjà accentué avant que la céphalée n'apparaisse. Ce peuvent être des perversions sensorielles, gustatives, olfactives, par exemple. Dans certains cas, le malade présente un facies insolite et c'est son entourage qui lui annonce une crise imminente; il est tantôt pâle, avec cerne des yeux, tantôt rouge, congestionné, et ces troubles vaso-moteurs ne correspondent pas toujours à ceux que le malade présentera au cours même de sa crise. Ces prodromes peuvent survenir soit quelques heures avant sa crise, soit la veille même.

Quoi qu'il en soit, à la période d'état, une lourdeur de tête paraît qui s'accroît, se transforme en une douleur violente, entrecoupée de paroxysmes plus vifs encore, provoqués par le mouvement, la lumière et le bruit. Le migraineux, vraiment anéanti par sa douleur, s'alite souvent ou, du moins, s'isole dans l'immobilité, le silence, l'obscurité surtout. La céphalée est comparée par le malade à un martèlement, un broiement, un éclatement intracrânien. Dans la règle, cette céphalée n'est pas diffuse. Elle peut être strictement unilatérale. Elle se localise surtout, en outre, aux régions orbitaires et périorbitaire, la rétraction du globe correspondant étant fréquente, aux régions temporales.

En même temps le malade est la proie d'un état de

malaise nauséux, vertigineux avec angoisse légère, très comparable au mal de mer. Les nausées se précisent bientôt, en général pénibles et violentes, avec effort de vomissement aboutissant ou non. Quand le vomissement se produit, d'abord alimentaire puis bilieux, il est suivi souvent d'une atténuation de la douleur. Pour certains migraineux, le vomissement est le prélude de la fin de la crise. D'autres vomissent pendant la crise entière.

A côté de ces signes capitaux sont des signes accessoires : rougeur ou pâleur de la face, la pâleur de la face étant plus fréquente; le malade peut d'ailleurs passer successivement par ces deux états au cours de sa crise. On a pu noter parfois soit une mydriase, soit un myosis des deux pupilles ou une alternance entre ces deux états opposés. Il peut y avoir encore hypersécrétion nasale, larmolement. La température est normale, le pouls peut être soit accéléré, soit ralenti. La tension artérielle n'est guère modifiée. Les urines, au cours de la crise, sont rares, hypercolorées. La fin de la crise correspond souvent à l'émission d'une urine abondante, claire.

Parmi les signes précédents, les troubles vaso-moteurs, pupillaires, sécrétoires, sont particulièrement intéressants à noter. Ce sont eux qui ont permis à Dubois-Reymond de distinguer des migraines sympathico-toniques (migraines blanches) et des migraines sympathico-paralytiques (migraines rouges).

La durée de la crise est assez variable. Le plus souvent chez le même malade toutes les crises ont une durée à peu près semblable. Cette durée varie selon les malades entre quelques heures et parfois deux ou trois jours. Le plus

souvent la crise évolue entre 12 et 24 heures. Elle cesse dans la soirée ou au cours de la nuit et le malade s'endort d'un profond sommeil. Le lendemain il se réveille dispos ou bien une légère lourdeur de tête persiste qui se dissipe rapidement. Souvent aussi il conserve un ou plusieurs jours un facies pâle, des yeux cernés. Lorsque la crise excède 48 heures, elle prend une forme assez spéciale, qu'on pourrait appeler « état de mal migraineux ». Il se produit alors pendant trois, quatre jour ou plus, des paroxysmes plus ou moins espacés sur un fond de céphalée et d'état nauséeux supportable dans l'intervalle des paroxysmes.

Quant au retour des accès, il se fait d'une façon très variable suivant les malades. A côté de migraines à périodicité remarquable, mensuelle, hebdomadaire par exemple, il en est d'absolument irrégulières. Tel malade a des accès extrêmement espacés, puis brusquement, sans cause apparente, les crises se reproduisent presque chaque jour pour s'espacer ensuite à nouveau. On peut bien dire, en somme, que le syndrome migraineux, par ses éléments capitaux, reste chez tous les malades à peu près identique à lui-même. Au contraire, par les symptômes surajoutés qu'il présente, le mode de début, la durée et la périodicité de ses accès, chaque migraineux fait bien, comme on l'a dit, sa migraine à sa façon.

CHAPITRE II

Formes cliniques selon les Symptômes

A la crise migraineuse classique, telle que nous venons de la décrire, s'ajoutent fréquemment des symptômes particuliers. Les uns, subjectifs, constituent en somme l'exagération de cette hyperesthésie sensorielle des migraines banales. On dit alors que la migraine est « accompagnée ». Les autres, objectifs, consistent surtout en troubles parétiques (migraines « compliquées »). De tels troubles survivent fréquemment à la crise migraineuse. Ils établiront une présomption de lésion localisée des centres ou des trajets nerveux. Une migraine compliquée apparaît donc souvent comme une migraine symptomatique.

D'une façon générale, chez un même malade, chaque atteinte de migraine se produit d'une manière à peu près identique aux précédentes. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Tel malade présente des crises migraineuses sim-

ples, avec lesquelles alternent sans régularité des migraines accompagnées ou même compliquées.

1° *Migraine bilatérale. Dicrânie*. — Etymologiquement, la céphalée migraineuse semble devoir toujours être unilatérale. Innombrables pourtant sont les migraineux dont la douleur, d'abord unilatérale, se propage ensuite à la totalité du crâne. D'autres ressentent une céphalée d'emblée bilatérale, mais prédominant à droite ou à gauche. Certains, d'emblée, et pendant toute la crise, ressentent une céphalée diffuse, véritable dicrânie. Néanmoins, la régularité des crises, leurs conditions d'apparition analogues, la marche de l'accès avec photophobies, nausées, vomissements, tout en impose dès l'abord pour une migraine.

2° *Migraine ophtalmique*. — C'est la plus fréquente des migraines accompagnées. Le plus souvent, la crise s'annonce brusquement, soit par une amblyopie durant quelques secondes, soit par une hémianopsie latérale homonyme, soit par un scotome d'étendue et de position variable. Bientôt apparaissent, surtout dans la portion temporale du champ visuel, des scintillement, des photopsies, que le malade compare à des flammèches, à des éclairs, se dessinant en lignes brisées (« fortifications à la Vauban »). Après un quart d'heure, une demi-heure, ces phénomènes visuels font place à la céphalée migraineuse.

OBSERVATION I. — Bouc..., 25 ans, employé de bureau. Mère migraineuse ; migraines depuis le très jeune âge.

L'accès débute brusquement par un scotome central occupant tout le champ visuel, entouré d'irisations lumineuses crénelées, craquelées, donnant l'impression d'une lumière passant par un verre dépoli. Ces sensations restent le plus souvent localisées à l'œil droit. L'œil gauche est parfois intéressé, mais le champ visuel gauche n'est jamais entièrement obscurci ; le scotome siège dans la partie inférieure droite.

Au bout de 20 à 30 minutes, les troubles oculaires disparaissent et la céphalée survient, bilatérale, occupant les régions orbitaires, rétro-oculaires, temporales, obligeant à cesser tout travail. Après 10 ou 12 heures surviennent les vomissements, en même temps que la céphalée s'atténue, bien que persistant parfois jusqu'au lendemain matin.

De telles crises survenaient, très violentes, tous les 2 ou 3 mois, jusqu'à l'âge de 16 ans. De 16 à 20 ans, elles se répétaient chaque mois. Pendant ses trois années de service militaire, elles cessèrent complètement, hormis une seule fois, à l'occasion d'un déplacement. Depuis, le malade, qui occupe un emploi sédentaire dans un bureau, a vu ses crises reparaitre avec une fréquence inaccoutumée : chaque semaine, et parfois 5 ou 6 jours. A la suite surviennent des accès migraineux. Quant aux phénomènes oculaires, ils ne sont plus seulement précurseurs de la céphalée. Fréquemment, ils apparaissent et disparaissent à 2 ou 3 reprises au cours d'une même crise.

Il convient de noter que M. Bouc..., outre sa migraine, présente des phénomènes digestifs : pesanteur, après les repas, constipation chronique. Ces troubles, de même que les migraines, ont disparu momentanément pendant la période active du service militaire. L'examen au point de vue digestif est d'ailleurs négatif.

Nous avons pratiqué l'examen du fond d'œil : à l'œil droit, la pupille est irrégulière, ovale ; le bord nasal est estompé ; du

côté temporal, la rétine est décolorée au voisinage de la papille. A gauche, la papille est moins irrégulière, mais le bord nasal est flou et la rétine légèrement décolorée du côté temporal.

De plus, hypermétropie légère des deux yeux, nécessitant le port d'un verre de 2 D. pour voir de près.

Les lésions du fond d'œil, reliquat vraisemblable d'une névrite optique due probablement à une syphilis héréditaire qui s'affirme par un Wassermann du sang partiellement positif et par une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, nous conduisent à pratiquer un traitement antisiphilitique, lequel n'eut aucune action sur les migraines. Celles-ci furent au contraire nettement améliorées par le traitement peptoné.

3° *Autres migraines sensorielles* : auditive, olfactive, gustative. — A côté de la migraine ophtalmique, et marquée comme elle par des troubles essentiellement subjectifs, d'ailleurs beaucoup moins fréquentes, on a signalé diverses migraines sensorielles.

Au cours de la migraine auditive, des sifflements, bourdonnements d'oreilles, sons de cloche, bruissement d'eau, précèdent ou accompagnent la céphalée.

Au cours des migraines olfactives ou gustatives, ce sont des odeurs ou des goûts anormaux.

4° *Migraine ophtalmoplegique*. — C'est la plus fréquente des migraines compliquées. Décrite par Moebius sous le nom de paralysie récidivante de la III^e paire, elle a été bien étudiée par Léclezio (1). Elle apparaît en général dès l'enfance. L'accès dure beaucoup plus longtemps que dans la migraine commune. Nous ne pensons pouvoir

(1) LÉCLEZIO, — Thèse Bordeaux, 1904.

mieux faire, pour caractériser cette migraine si spéciale, que de résumer la très belle observation de M. Souques :

OBSERVATION II. — *Résumé de l'observation de M. Souques à la Société Médicale des Hôpitaux, du 30 juin 1922.*

Homme de 30 ans ayant eu sa première crise **migraineuse** à l'âge de 5 ans. Les crises se présentent sous forme d'une vive douleur frontale et temporale localisée à droite, à **exaspération** vespérale empêchant le sommeil, avec nausées, **vomissements**. Deux jours après l'apparition de la céphalée, celle-ci durant encore, survenait une paralysie de la III^e paire (**diplopie**, strabisme, ptosis) **complète** au bout de 24 heures. Cette paralysie survit à la céphalée, persistant pendant 10-15 jours, le retour à l'état normal précédant d'environ 8 jours une nouvelle crise semblable.

A partir de l'âge de 10 ans, la paralysie de la III^e paire ne disparut plus complètement entre les accès, ceux-ci conservant les mêmes caractères. A l'âge de 21 ans survint une paralysie faciale droite à type périphérique. Celle-ci, pour M. Souques, n'aurait pas eu de rapport avec les crises migraineuses. Vers la même époque, ces crises pourtant se modifient : les vomissements disparaissent ; la paralysie complète de la III^e paire ne survient plus que toutes les 2 ou 3 crises ; les accès sont moins fréquents : 10-12 par an.

A l'époque où l'auteur présenta le malade, l'examen ophtalmologique montrait encore une paralysie incomplète de la III^e paire et aussi une parésie de la VI^e à droite, ainsi que des séquelles de paralysie faciale. Au reste, l'examen neurologique était négatif. La ponction lombaire, la radiographie ne révélaient rien d'anormal.

M. Souques considère une telle migraine avec ophtalmologie comme probablement symptomatique d'une lésion de la base située soit dans l'espace interpedonculaire,

soit au niveau de la fente sphénoïdale, soit plutôt vers la paroi externe du sinus caverneux, où III, IV, branche ophtalmique du V, se trouvent très proches, celle-ci émettant à ce niveau le rameau récurrent, d'Arnold dont l'irritation expliquerait bien la douleur profonde. Pour expliquer la périodicité des crises, il suppose qu'une telle lésion pourrait jouer le rôle d'épine irritative, au niveau de laquelle se feraient spécialement sentir les effets de chocs colloïdoclasiques. Nous reviendrons, dans notre chapitre de pathogénie, sur cette intéressante conception.

5° *Migraine avec paralysie faciale.* — L'observation précédente nous a montré la coexistence fortuite pour l'auteur de migraines et d'une paralysie faciale. Meige et Feindel (1) relatent un cas de Rossolino dans lequel, au contraire, une paralysie faciale tantôt droite, tantôt gauche, précédée de douleurs auriculaires, se reproduisait lors de chaque crise migraineuse.

6° *Migraines paresthésiques et parétiques.* — Il est fréquent d'observer, dans les diverses formes de migraine, l'association aux symptômes majeurs de l'accès de sensations diverses, annonçant parfois la crise. Tels des fourmillements, de l'engourdissement dans un membre ou les deux membres du même côté. Plus rarement s'ensuivent des parésies ou même des paralysies transitoires, mono ou hémiplégiques. Nous rapportons plus loin une observation de ce genre où l'hémi-parésie droite se joignait à de l'aphasie (observation n° 3).

(1) MEIGE et FEINDEL. — Article « Migraine », de *La Pratique médico-chirurgicale*.

7° *Migraine aphasique*. — Les troubles du langage les plus divers ont été signalés en coexistence avec la crise migraineuse : paraphasie (Charcot), cécité verbale, surdité verbale (H. Roger). Nous nous contenterons de relater l'observation suivante, de migraine avec dysarthrie :

OBSERVATION III. — (Due à M. le D^r Pasteur-Vallery-Radot).
— Mme B..., 38 ans, migraineuse depuis l'âge de 8 ans, présente des accès survenant irrégulièrement, et surtout à l'occasion, d'une fatigue intellectuelle ou d'une contrariété.

Ces migraines ont été fréquentes surtout entre 15 et 25 ans. Le début de l'accès se manifeste constamment par un trouble de la parole : impossibilité d'articuler certains mots, confusion de mots. En même temps, apparaissent les troubles oculaires : brouillards, parfois diplopie, rétrécissement du champ visuel à droite et à gauche, scotome au niveau de l'œil droit. Enfin survient la céphalée toujours localisée dans les régions sus-orbitaire et temporale droites et accompagnée de fourmillements, de perte du sens tactile et d'hémi-parésie droite. En dernier lieu apparaissent nausées et vomissements. La crise dure ainsi de 10 à 12 heures, obligeant la malade à rester couchée. Elle est suivie d'une lassitude extrême, accompagnée pendant 48 heures de violentes brûlures gastriques.

8° *Migraine comateuse*. — M. Sicard a relaté l'observation d'un malade qui en dix ans présenta cinq ou six crises de migraines très violentes, au cours desquelles il resta près de 24 heures dans le coma avec abolition complète des mouvements et de la sensibilité. Ces crises étaient suivies d'une restitution intégrale de toutes les fonctions. On conçoit quels problèmes diagnostiques angoissants pose

(1) SICARD. — « Migraine », in traité Sergent, édit. Maloine.

une telle forme exceptionnelle de migraine. L'examen du liquide céphalo-rachidien restera ici négatif, ainsi que dans les autres formes de migraine.

9° *Migraine avec troubles psychiques.* — Outre que les migraineux ont souvent un psychisme spécial, qu'ils sont des névropathes dont l'instabilité est essentiellement liée à leur souffrance physique, on peut observer, à l'approche de la crise migraineuse, un changement de caractère, une irritabilité spéciale, de la tristesse ou, au contraire, de l'âlacrité. Au cours de la crise, le psychisme s'explique par l'atroce douleur et le malaise. Il n'y a pas absence temporaire d'affectivité chez cette migraineuse qui nous dit que « le feu pourrait prendre et ses enfants brûler dans la pièce à côté, elle-même ne bougerait pas ». L'acuité de la souffrance explique l'anéantissement moral comme l'anéantissement physique.

Nous signalerons encore qu'à la suite de certaines migraines on a pu noter de l'amnésie, comparable peut-être à l'amnésie post-épileptique.

10° *Migraine avec purpura.* — Nous croyons devoir ranger dans les migraines dites accompagnées une forme dont nous n'avons trouvé nulle part mention. Elle est caractérisée par l'apparition, au cours de crises migraineuses, d'ailleurs communes, d'un purpura le plus souvent localisé à la région péri-orbitaire, à la région temporelle, mais pouvant aussi se généraliser davantage, ainsi que l'indique l'observation qui suit. Une autre observation (n° 7), qu'on trouvera plus loin et assez semblable. Cette

forme présente, croyons-nous, un certain intérêt, car elle témoigne d'un trouble vasculaire et humoral accentué.

OBSERVATION IV. — Mme Co..., 33 ans. Père et une tante migraineux. Maux de tête fréquents dans l'enfance, mais apparition du véritable syndrome migraineux à l'âge de 29 ans. Depuis, les crises se présentent comme il suit : la malade ressent une vive douleur dans la région orbitaire. En même temps sa face se congestionne et très fréquemment un œdème palpébral unilatéral apparaît. Puis la céphalée se généralise à toute la tête avec prédominance du côté où la douleur a débuté, le plus souvent à droite, parfois à gauche. Alors apparaissent des nausées, suivies de vomissements pénibles terminant en général la crise qui a duré 10-12 heures.

C'est à la fin de la crise que surviennent autour des yeux et aux tempes des taches purpuriques très petites, en pointillé ou en minces trainées. Après quelques heures, ces taches disparaissent.

De telles crises survenaient d'abord toutes les semaines. Elles semblent s'espacer actuellement : 1-2 par mois. Elles diminuent aussi d'intensité et parfois en dehors de la crise migraineuse proprement dite, faisant suite à une courte céphalée, apparaît de la congestion faciale et du purpura. Lors d'une de ces crises, le purpura était très étendu et outre les taches du visage, est apparue une petite plaque sur l'avant-bras droit, celle-ci ayant persisté jusqu'au lendemain.

L'amélioration des migraines a coïncidé chez cette malade avec des prises quotidiennes de lait caillé. Rien pour le reste n'était changé de son mode d'existence et d'alimentation. Le lait caillé a fait aussi disparaître un certain degré de constipation.

II° *Migraines incomplètes. La migraine chez l'enfant.*
— Nous avons vu que, dans la règle, les crises migraineu-

ses remontent à l'enfance. Au cours de la deuxième enfance, l'accès peut se présenter d'une façon identique aux accès migraineux de l'adulte.

Pourtant Comby (1) a signalé quelques particularités : durée moins longue, intervalle plus grand des accès. Mais nous désirons insister davantage sur l'existence chez l'enfant de migraines incomplètes paraissant véritablement propres à cet âge. Un bel exemple en est donné par l'observation suivante, dont nous remercions MM. Debré et Cordey :

OBSERVATION V. — Dur... Colette, 9 ans. Entre le 11 mai 1924 dans le service du P^r Broca, aux Enfants-Malades, avec le diagnostic d'appendicite. Le 9 mars elle avait été prise brusquement d'une violente douleur abdominale généralisée, accompagnée de vomissements bilieux, pénibles. A l'examen, l'enfant se présentait très affaiblie, prostrée, les traits tirés. La palpation était douloureuse au niveau de l'abdomen, et davantage dans la fosse iliaque droite. Cependant le point de Mac-Burney n'était pas net. La contracture était bilatérale. Le pouls était petit et rapide, mais il n'existait aucune hyperthermie et les urines n'avaient rien d'anormal. La constipation enfin était opiniâtre.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'appendicite apparut comme douteux. L'état général très atteint, l'intolérance digestive complète, l'amaigrissement rapide avec prostration, l'existence enfin d'une raie méningitique firent penser à un début anormal de méningite tuberculeuse d'autant que l'enquête familiale révéla la possibilité d'une contagion. Une ponction lombaire fut alors pratiquée et l'examen du liquide le montra tout à fait normal.

(1) J. COMBY. — La migraine chez l'enfant. — *Archives de médecine des enfants*, janvier 1921.

On apprit enfin que l'enfant, habituellement constipée, avait déjà présenté à 3 ou 4 reprises des épisodes semblables bien que moins prolongés. La notion de crises migraineuses nettes chez la mère et chez une tante firent poser à MM. Debré et Cordey le diagnostic de migraine que confirma la cessation brusque de tous les symptômes trois jours après la date d'entrée et le retour presque immédiat à un état complètement normal.

Cette observation montre donc chez l'enfant la possibilité de crises migraineuses incomplètes où manque un des symptômes capitaux de l'accès normal : la céphalée. Il semble qu'on puisse considérer certaines crises de vomissements paroxystiques au cours de la deuxième enfance comme des équivalents migraineux. Dans l'observation précédente, il n'y avait ni acétonurie, ni odeur spéciale de l'haleine. En ce qui concerne les vomissements acétonémiques, on sait que pour beaucoup d'auteurs il s'agirait aussi d'équivalents migraineux propres à l'enfance.

CHAPITRE III

Formes cliniques selon les Associations

De longue date, l'association de crises migraineuses ou leur alternance avec d'autres manifestations morbides a frappé les esprits. Certaines présentent, comme la migraine elle-même, un caractère paroxystique, une allure discontinue. C'est ainsi qu'on peut voir des crises d'asthme ou de coryza spasmodique, des crises de goutte, des coliques hépatiques ou néphrétiques, des poussées de prurigo, d'urticaire, d'eczéma, coexister et plus fréquemment alterner avec les crises migraineuses à la façon de métastases. D'autre part, certaines constitutions, l'obésité tout particulièrement, apparaissent comme favorisant l'éclosion des migraines au même titre d'ailleurs qu'elle favorise les manifestations pathologiques énumérées ci-dessus. Chez de tels sujets, forts buveurs, grands man-

geurs et, de plus, tachyphages souvent, la crise migraineuse peut être la rançon constante prévue de chaque tentation assouvie. Il arrive que ces impénitents, sans ascendances migraineuse, fassent souche de migraineux, victimes peut-être de l'intempérance paternelle. A cet égard on ne peut manquer de rapprocher intimement migraine et goutte, dont l'alternance souvent observée est bien mise en évidence par les deux observations de Trousseau. Il était bien naturel; en présence de ces associations morbides, chez les mêmes sujets, dans les mêmes familles, qu'on les groupât dans la grande diathèse neuro-arthritique, caput morituum sans doute, mais bien malaisément remplaçable encore aujourd'hui.

Si la goutte, très fréquemment, remplace la migraine à partir de 40 à 50 ans, il arrive également, nous l'avons vu, que la migraine soit précédée dans la seconde enfance par des vomissements paroxystiques avec ou sans acétonémie. C'est à la puberté qu'ils disparaissent et que la migraine survient.

Nous allons relater ci-dessous quelques observations de migraine avec troubles associés plus ou moins complexes, qu'il nous a été donné de recueillir :

OBSERVATION VI. — (Malade de M. le P^r Gutmann), *Migraine avec urticaire et rhume des foins.* — Mlle T..., Andrée, 25 ans. Père, et frère migraineux. A des migraines depuis son enfance, survenant à n'importe quel moment, sans rapport avec les règles. Elle est prévenue la veille de ses crises par une sensation spéciale au niveau de la racine du nez, « sensation de nez bouché ». La céphalée est très intense, plus violente à gauche avec photophobie, nausées sans vomissements, pâleur pendant la crise. De telles crises

surviennent au moins toutes les semaines, parfois plus. Elles durent de 6 à 24 heures.

Depuis deux ans, la malade a chaque année, au mois de juin, du coryza spasmodique. L'examen du nez s'est montré négatif.

Depuis son enfance elle a de l'urticaire lors de chaque absorption de poisson, de viande de porc et de fraises.

L'auto-hémothérapie a fait disparaître les migraines pendant 5 semaines. Elles ont repris ensuite.

OBSERVATION VII. — (*Malade de M. le Dr Lévy-Franckel et de Mme la Dr U. Lévy*). *Migraines avec purpura, associée à l'urticaire, du prurit avec poussées de furonculose. Histoire d'une famille de migraineux.*

Mme U... L..., âgée de 65 ans, présente des migraines datant de l'enfance, extrêmement violentes, clouant pendant trois jours la malade au lit dans un état d'anéantissement complet. Au cours, et surtout à la suite de certaines crises, sont apparues, au niveau de la face et des membres supérieurs, des taches purpuriques.

Lors de la ménopause, les migraines ont diminué de fréquence, mais non d'intensité. En 1921, à la suite d'une grippe légère, est apparue une toux coqueluchoïde tenace, non influencée par l'ablation d'un petit polype naso-pharyngien, mais ayant cédé à l'iodure de strontium. A la même époque, survint de la furonculose, réfractaire à l'auto-vaccin, mais guérie par un régime lacté exclusif. Elle fait place à un prurit d'extrême intensité localisé surtout à la région génitale et aux plis de flexion. Ces régions s'eczématisent et se lichénifient. De juin à septembre 1921, le prurit reste d'une intensité telle qu'il entraîne une insomnie presque permanente. Pendant ce même temps la malade n'a pas une seule crise de migraine. L'amélioration du prurit amène leur réapparition et cette alternance se reproduit à plusieurs reprises : en septembre 1923, des écarts de régime et des bains arsénicaux ayant occasionné une généralisation et une exagération du prurit qui

devient atroce et s'accompagne de furonculose, on est amené à observer mieux encore ce balancement : le prurit ne cesse que quand survient une migraine, et cesse complètement tant que dure celle-ci.

En outre, Mme L... présente depuis son plus jeune âge une intolérance complète aux œufs, aux graisses, au chocolat, une intolérance moins marquée au lait, aux féculents, aux poissons. Ces aliments lui causent des poussées d'urticaire et une diarrhée extrêmement fétide. Elle est aussi sujette au subictère qui, très souvent, accompagne ou suit ses crises migraineuses. Nous noterons encore qu'une fois est apparu, pendant plusieurs jours à la suite, un œdème palpébral chaud, rouge et prurigineux.

La fille de Mme L..., âgée aujourd'hui de 35 ans, est elle aussi migraineuse, mais avec migraines menstruelles. Elle a les mêmes intolérances digestives que sa mère.

Son fils, de 5 ans, les présente également.

Le fils de Mme L... est aussi réfractaire aux aliments précédents. Il a eu des troubles digestifs et des migraines par le chocolat. Une fois, l'absorption de beurre, dont il s'abstient d'ordinaire, a provoqué chez lui pendant une heure un malaise violent, avec subictère, troubles visuels (amblyopie passagère ou photophobie violente ?). Depuis 3 mois, il se plaignait de troubles digestifs : diarrhée, nausées, vomissements, réfractaires à tout traitement. L'administration de peptone les a fait disparaître avec une extrême rapidité. Nous n'avons pas connaissance que la peptone ait été essayé par les autres membres de la famille.

OBSERVATION VIII. — (*Malade du D^r Gutmann*). *Migraines avec maladie de Raynaud, urticaire, coryza spasmodique.*

Mme D..., 25 ans. Grand-père paternel et grand-mère maternelle migraineux. Père migraineux et asthmatique. Migraines depuis l'âge de 13 ans.

Les migraines très fréquentes et intenses surtout de 14 à 20

ans, plus espacées depuis, débutent par un brouillard devant les yeux durant 20 à 30 minutes suivi d'une violente céphalée bilatérale avec photophobie, état nauséux, pâleur de la face, engourdissement, fourmillements et refroidissement des doigts.

En outre, depuis l'âge de 10 ans environ, la malade est sujette à de l'urticaire n'ayant de rapport avec aucun aliment déterminé. Deux ou trois fois par an apparaît un urticaire très particulier : urticaire généralisé, géant ; la malade compare sa peau à du « velours frappé ».

Depuis l'âge de 14 ans, coryza spasmodique survenant aussi bien hiver qu'été quand la malade respire de la poussière.

Chaque fois que le temps est froid survient enfin un syndrome de Raynaud au niveau des extrémités digitales, parfois des joues et du nez et particulièrement de la moitié droite des deux lèvres. Il y a d'abord cyanose avec douleurs et sensation d'onglée, puis asphyxie et engourdissement complet.

Migraine, coryza spasmodique, urticaire et syndrome de Raynaud coexistent rarement, alternent plutôt. Ils n'ont pas de rapport avec les règles qui sont douloureuses, bien que peu abondantes et s'accompagnent seulement de phénomènes vasomoteurs : alternatives de pâleur avec sensation de chair de poule et de rougeur cuisante, refroidissement des extrémités.

Parmi les associations rencontrées, une nous semble d'un intérêt particulier : c'est celle, assez fréquente, de crises migraineuses et de crises épileptiques. On sait qu'à l'inverse de Lasègue, qui niait tout rapport entre migraine et mal comitial, Féré n'était pas loin d'admettre leur identité. Pour cet auteur, la migraine ophthalmique surtout devrait être considérée comme une forme d'épilepsie sensorielle. Nous nous réservons de revenir sur ce sujet en traitant la pathogénie.

Nous nous contenterons ici de résumer une observation

de M. Souques et M^{lle} Dreyfus-Sée (1) concernant une malade que nous avons eu l'occasion d'examiner. Cette malade était à la fois épileptique et migraineuse, mais présentait de plus, en dehors de ses crises de migraine, et en dehors des crises comitiales, des accès d'amaurose transitoire monoculaire. Ce spasme rétinien ayant disparu de même que les crises épileptiques, par le traitement au gardenal, alors que les migraines subsistaient, les auteurs le considèrent comme constituant un équivalent épileptique. Sans vouloir discuter l'interprétation des auteurs, nous croyons intéressant de faire suivre le résumé de leur observation par celle d'une de nos malades, laquelle, sans qu'on puisse la penser épileptique, mais étant nettement migraineuse, présentait dans l'intervalle de ses migraines un phénomène analogue. On pourrait donc peut-être considérer l'amaurose transitoire comme un équivalent parfois épileptique, parfois migraineux et voir dans ce phénomène spasmodique commun un trait d'union entre certaines migraines et certaines épilepsies.

OBSERVATION IX. — (*Résumé de l'observation de M. Souques et Mlle Dreyfus-Sée*). *Migraine, épilepsie, amaurose transitoire monoculaire.*

» Femme de 32 ans, migraineuse depuis 14 ans (6 à 8 attaques par mois). Migraine banale avec prédominance du côté droit, sans phénomènes oculaires.

Depuis quatre ans, crises convulsives se répétant 1 ou 2 fois par semaine.

(1) H. SOUQUES et Mlle DREYFUS-SÉE. — Un équivalent épileptique sous la forme d'amaurose monoculaire. *Société de Neurologie*, 10 janvier 1924. — *Revue Neurologique*, janvier 1924, page 198.

En dehors des crises migraineuses comme des crises épileptiques, sont survenus 10 à 15 fois par mois, pendant deux ans, des accès d'amaurose brusque de l'œil droit, amaurose totale et absolue, dont la malade s'est rendu compte plusieurs fois en fermant l'œil gauche avec la main.

Sous l'influence du gardénal, les accès de spasme rétinien, de même que les crises épileptiques ont presque disparu. Depuis onze mois que ce traitement est suivi, la malade n'a eu qu'un accès d'amaurose, et 4 ou 5 fois un brouillard passager de l'œil droit. Par contre les crises migraineuses ont persisté telles quelles.

Pour cette raison, les auteurs considèrent l'amaurose transitoire comme un équivalent épileptique, et comparent le spasme de l'artère centrale de la rétine au spasme des artères cérébro-méningées qu'on a vu au cours de trépanations, précéder et en quelque sorte déclancher la crise convulsive.

OBSERVATION X. — *Migraine et amaurose transitoire.*

Mme P..., 30 ans, père et frère migraineux, a depuis son enfance des crises migraineuses devenues menstruelles à la puberté, et survenant avec régularité le 2^e jour des époques. Depuis 3 mois, les crises ne sont plus aussi périodiques, augmentent de fréquence et d'intensité. Il s'agit d'hémicrânie gauche sans autres phénomènes oculaires que de la photophobie, et avec nausées-vomissements.

Depuis février 1924, la malade a présenté à 6 ou 7 reprises, intercalée entre les accès de migraine, une amaurose brusque totale des deux yeux, durant quelques secondes, avec disparition subite. L'examen du fond de d'œil n'a pas montré de lésions capables d'expliquer le spasme passager. La malade n'est pas hypertendue. N'ayant pas revu cette malade, il ne nous a pas été possible de la traiter.

CHAPITRE IV

Formes Etiologiques

A) La migraine peut se rencontrer chez des sujets indemnes de toute lésion organique, de toute tare viscérale apparente. Dans l'intervalle des crises, le migraineux se présente alors comme complètement normal. Les termes de « migraine essentielle », de « névrose migraineuse » ne sont qu'un aveu de notre ignorance du mécanisme intime de l'affection. Si pourtant l'interrogatoire du malade est assez souvent négatif quant à ses antécédents personnels, les antécédents héréditaires sont, au contraire, très fréquemment chargés. Il est peu de maladies où l'hérédité similaire soit aussi fréquente et se transmette pendant autant de générations.

A côté des migraines pures existent très communément, nous l'avons vu, des migraines associées. La migraine n'est alors qu'un des termes d'un groupement arthritique. Le migraineux peut être fils de goutteux, d'obèse, petit-fils d'asthmatique, père de lithiasique, etc...

La diathèse, expression commode d'un complexe clinique infiniment extensible, n'est pas plus explicative que la névrose.

B) Aux migraines dites essentielles, pures ou associées, s'opposent des migraines à coup sûr symptomatiques. Ce sont celles dans lesquelles l'examen du système nerveux révèle des signes organiques : modifications permanentes des réflexes, du fond d'œil, du liquide céphalo-rachidien, etc... Mais il s'agit de syndromes migraineux plutôt que de migraines vraies. On soupçonnera surtout une cause organique en présence des migraines compliquées avec troubles parétiques, aphasie, paralysie faciale, principalement ophtalmoplégie, tout au moins lorsque ces symptômes anormaux sont plus durables que la crise migraineuse elle-même. Mais il n'est pas jusqu'aux migraines les plus banales qui ne puissent être symptomatiques d'une affection organique, ainsi que l'a montré Charcot à propos de migraines prémonitoires de la paralysie générale.

C) Pour chercher à déceler, en dehors même de signes organiques et dans des migraines typiques, l'existence possible d'une lésion localisée, nous avons pratiqué, chez quelques malades, des radiographies du crâne. On sait que MM. A. Léri et Cottenot (1) ont montré, par ce moyen, l'existence d'ostéite, d'origine syphilitique surtout, chez des sujets atteints par exemple d'épilepsie, de monoplégie. Dans un seul cas nous avons constaté des anomalies osseuses. Voici son observation :

ANDRÉ LÉRI et COTTENOT. — Société médicale des hôpitaux, 3 avril 1924.

OBSERVATION XI. — *Malade de M. le D^r Gutmann.* — R..., 38 ans, dessinateur, fils de migraineuse, a des migraines depuis 18 ans. Ces migraines apparaissaient d'abord tous les dimanches, ce que le malade attribuait au changement apporté dans ses habitudes. Puis elles devinrent très irrégulières. La marche de l'accès est toujours la même ; le malade prévoit sa crise dès le matin au réveil quand, en secouant la tête, il éprouve l'impression que « son cerveau ballotte et vient heurter les parois du crâne. » Cette sensation est suivie d'une lourdeur de tête augmentant progressivement jusque vers 16 heures. La céphalée devient extrême, à prédominance gauche, avec photophobie, dégoût de toutes les odeurs, et le plus souvent vomissements. Le malade s'alite. Le lendemain matin, la céphalée a disparu, et, qu'il ait vomi ou non, une sensation désagréable persiste au creux épigastrique. Pendant les crises, la face est pâle, à l'exception des oreilles qui sont rouges. L'examen du tube digestif négatif.

Une radiographie faite par M. Puthomme, interprétée par lui avec le D^r Gutmann, a montré un développement anormal des apophyses clinoides postérieures et une opacité au niveau du corps de l'ethmoïde.

D) Il est évidemment hasardeux d'établir un rapport étiologique entre les crises migraineuses et les anomalies crâniennes que présente le malade ci-dessus. Une **relation** véritable se manifeste, au contraire, dans les cas que nous étudierons maintenant. Elle est affirmée par la disparition des crises migraineuses, une fois guérie la lésion, une fois régularisé le fonctionnement organique défectueux qui semblent tenir de telles migraines sous leur dépendance. Ce sont elles qui mériteraient le nom de « **migraines réflexes** ».

On a signalé des migraines d'origine sensorielle et il était naturel de rechercher des troubles oculaires chez le migraineux, puisque la douleur se localise fréquemment dans la région périorbitaire et que des phénomènes oculaires se retrouvent dans les migraines les plus banales. On a signalé des migraines par asthénopie accommodative ou musculaire, par vices de réfraction. Nous croyons que ces céphalées d'origine oculaire sont le plus souvent de fausses migraines. Mais, chez les migraineux les plus authentiques, la fréquence des vices de réfraction est cependant extrême. La majorité des migraineux que nous avons examinés sont porteurs d'un degré plus ou moins marqué d'astigmatisme, de myopie ou d'hypermétropie, souvent assez léger, parfois considérable. Sauf dans le cas de myopie forte, ce trouble est, en général, passé inaperçu ou n'a pas été corrigé. Nous avons constaté cependant que sa correction apporte au malade quelque soulagement, bien qu'il ne fasse pas disparaître les migraines. On pourrait se demander si le vice de réfraction, non corrigé depuis l'enfance, n'aurait pas pu jouer jusqu'à un certain point, le rôle d'épine irritative dans la production de certaines migraines.

Il serait, croyons-nous, d'un extrême intérêt de prendre systématiquement, pendant les crises et en dehors d'elles, la tension oculaire des migraineux. H. Lagrange a publié récemment (1) l'observation d'une femme de 41 ans traitée pour des accès de migraine à localisation péri-orbitaire et occipitale, survenant à l'époque des règles, lesquel-

(1) H. LAGRANGE. — Glaucome et troubles endocriniens. — *Presse Médicale*, 5 avril 1924.

les étaient d'ailleurs douloureuses, parfois absentes ou bien très prolongées. Lors des migraines, la malade se plaignait de phénomènes oculaires : brouillards, arc-en-ciel aux lumières, larmoiement, sensation de gravier dans les yeux. La malade disait « sentir des globes oculaires ». L'examen montra outre un astigmatisme régulier et une hypermétropie des deux yeux, une tension de 30 au Schiotz. Il s'agissait donc chez elle de crises glaucomateuses et les instillations de pilocarpine, jointes au traitement opothérapique par le corps jaune en injections qui régularisa le flux menstruel, atténuèrent considérablement les migraines.

A propos de cette malade, M. Lagrange conclut : « Il s'agit là d'une migraine avec paroxysmes cataméniaux sur laquelle l'opothérapie eut un effet estimable, mais qui ne fut franchement améliorée que le jour où le syndrome de glaucome fut isolé des autres troubles et combattu directement par l'usage des myotiques. Par ces caractères, elle semble devoir être considérée surtout comme entrant dans le groupe des céphalées glaucomateuses. »

L'association observée chez cette malade et chez d'autres encore de troubles endocriniens tenant peut-être sous leur dépendance des modifications du tonus vago-sympathique, rapproche étrangement, au point de vue pathogénique, certaines poussées glaucomateuses de certaines crises migraineuses.

Les céphalées d'origine nasale, sinusale, sont, en réalité, des céphalées pseudo-migraineuses et seront discutées dans notre chapitre de diagnostic. Cependant nous avons observé chez un malade la disparition de crises mi-

graineuses pendant un traitement de la trompe d'Eustache nécessitant des bádigeonnages à la cocaïne. La migraine est reparue après le traitement.

E) Les troubles digestifs sont d'une extrême fréquence chez les migraineux. On sait que l'estomac a été rendu de longue date responsable de l'affection. De fait, le migraineux présentera souvent de la pesanteur gastrique après les repas, avec somnolence, baidlements, éructations. En dehors des crises migraineuses, les vomissements sont rares. Les migraineux atteints de tels troubles gastriques se présentent plutôt comme des hypopeptiques, avec parfois atonie et ptose. En outre, nous avons vu la fréquence de la tachyphagie chez ces malades. Jacquet et Jourdanet en faisaient un des facteurs étiologiques de l'affection.

Les migraineux sont souvent encore des constipés chroniques. Rappelons que la migraine, comme la constipation, est l'apanage surtout des femmes, des citadins, des sédentaires. Peut-être la constipation est-elle aussi parfois en rapport avec des ptoses viscérales diverses. Rémond et Rouzaud (1) insistent sur la ptose rénale.

Toujours est-il que l'hygiène générale, la diététique, peuvent améliorer beaucoup l'état d'un migraineux, supprimer ou espacer les crises, dont la réapparition est alors parallèle à celle des troubles digestifs. Nous verrons aussi, et les observations n° 1 et n° 7 en sont des exemples, l'amélioration simultanée des migraines et des troubles digestifs par le traitement peptoné.

(1) REMOND et ROUZAUD. — *Revue de médecine*, 1921.

Pierre Duval et J.-Ch. Roux (1) ont insisté tout récemment sur les rapports de certaines migraines avec les sténoses du duodenum. Ils relatent trois observations de malades opérées par duodéno-jéjunostomie pour des sténoses par compression mésentérique ou par brides membraneuses. L'intervention supprima définitivement des migraines fréquentes, en même temps que l'asthénie et la constipation. Les auteurs citent des observations analogues de van den Hoof, Kellog, Taylor. A ce propos, M. Oettinger insista sur la sténose pylorique incomplète comme facteur possible de troubles analogues.

Il existe donc des migraines en rapport avec des lésions localisées du tube digestif, la guérison de celles-ci entraînant celle des migraines. En cela encore la migraine se rapproche de certains syndromes paroxystiques, tels que l'asthme qui, chez certains malades, comme le montre M. Gutmann, peut être conditionné par une appendicite et disparaître après appendicectomie.

F) Mais, dans bien des cas, l'examen du tube digestif ne révèle chez le migraineux aucune lésion localisée. Peut-être alors, la migraine, tout comme les troubles digestifs concomitants, se trouve-t-elle sous la dépendance d'un dysfonctionnement des glandes digestives et, particulièrement du foie. Sans doute en était-il ainsi de cette malade dont nous avons rapporté l'observation (n° 7) et qui présentait, avec des migraines fréquentes, de l'urticaire et du prurit. Chez elle, aucune lésion digestive localisée, mais des selles fétides, grasses, souvent diarrhéiques, mais

P. DUVAL et J. CH. ROUX. — Société de gastro-entérologie de Paris, 10 décembre 1923.

du subictère accompagnant souvent l'accès migraineux, plaident pour une méiopragie hépatique. Nous croyons qu'il serait intéressant d'interroger le fonctionnement hépatique des migraineux. Pour Remond et Rouzaud (1), il serait fréquemment troublé.

La même malade présentait une intolérance à de multiples aliments. L'épreuve de l'hémoclasie digestive n'a pas été faite chez elle. Sans doute eût-elle été positive, comme chez ce malade de Pagniez et Nast (2), migraineux au chocolat. Les travaux de Widal et de son école ne laissent pas de doute sur la valeur de cette épreuve comme test de l'insuffisance protéopexique du foie. Il est très vraisemblable d'ailleurs que le succès de la peptonothérapie chez bon nombre de migraineux s'explique par l'action anti-anaphylactique de l'ingestion préprandiale de peptone désensibilisant l'organisme vis-à-vis des protéines non retenues par le foie.

(G) Les travaux de Pagniez, Pasteur Valléry-Radot, la thèse de Nast (3), nous dispensent d'un long développement en ce qui concerne les migraines dites « anaphylactiques ». Dans les cas typiques, lorsque par exemple chaque ingestion de chocolat ou d'œuf provoque infailliblement une crise, l'existence d'une sensibilisation préalable vis-à-vis de l'aliment déchaînant ne peut faire de doute. Très nombreux pourtant sont les exemples où cet état de susceptibilité par rapport à l'élément nocif est intermittent : tel pourra, pendant plusieurs jours, absorber impu-

(1) REMOND et ROUZAUD. — Loc. cit.

(2) PAGNIEZ et NAST. — *Presse Médicale*, 28 avril 1920, page 253.

(3) NAST. — Thèse Paris, 1921.

nément du chocolat alors que, auparavant ou ultérieurement, chaque absorption, toutes choses égales d'ailleurs, semblera déclancher automatiquement la crise. Il est certain que les sujets en état d'anaphylaxie présentent un équilibre humoral modifié. Il faut donc admettre qu'à l'anaphylaxie intermittente doit répondre un état humoral tantôt normal, tantôt pathologique, instable donc et susceptible de variations très rapides dans le temps.

Sous quelle influence l'état humoral de ces sujets se modifie-t-il ?

C'est ici sans doute que doivent intervenir les sécrétions endocriniennes.

II) La constatation de troubles endocriniens chez les migraineux est d'une fréquence extrême. Rappelons que Léolpod Lévi et H. de Rotschild ont signalé des migraines thyroïdiennes et retrouvé chez de tels malades les signes qu'ils ont décrits de dysthyroïdie.

Mais où l'influence des troubles endocriniens devient particulièrement manifeste, c'est lorsqu'on étudie l'influence qu'a sur les migraines le cycle sexuel féminin.

La migraine menstruelle est d'une fréquence extrême. Certaines migraineuses n'ont leur crise que lorsque surviennent leurs règles, soit immédiatement avant, soit pendant, et alors parfois avec une extrême régularité, soit au deuxième, soit au troisième jour des menstrues. On doit ajouter que très souvent existent des anomalies cataméniales : pertes très abondantes ou très douloureuses, avec caillôts, ou, au contraire, pertes très discrètes, insignifiantes.

L'influence de l'ovaire sur de telles migraines se manifeste encore par leur date d'apparition à la puberté. Mais,

ce qui est particulièrement suggestif, c'est l'influence de la grossesse qui, dans la majorité des cas, évolue de bout en bout sans crise migraineuse. Lors de l'allaitement, l'absence des migraines reste la règle jusqu'à la date de réapparition des règles qui coïncide rigoureusement avec celle des migraines.

L'influence de la ménopause est parfois tout aussi marquée. Les migraines disparaissent souvent. Dans d'autres cas, elles persistent, mais alors fréquemment elles se modifient, deviennent moins périodiques, soit qu'elles s'espacent, soit qu'elles augmentent de fréquence. Et c'est assez souvent lors de la ménopause que survient un équivalent : soit du prurit, soit un eczéma comme dans l'observation ci-dessous. Enfin nous avons pu observer la transformation post-ménopausique de migraines vraies en un état de céphalée continue avec paroxysmes nauséux et qu'on pourrait nommer « migrainisme ».

Nous relatons ci-dessous une observation de migraine menstruelle :

OBSERVATION XII. — Mme H..., fille et sœur de migraineux, a été atteinte de migraines à 15 ans, en même temps que s'établissaient ses premières règles. Les accès survenaient chaque mois au moment des règles : céphalée intense bilatérale avec photophobie, pâleurs, nausées et vomissements, intolérance digestive absolue. L'accès durait toute la journée.

Ces migraines se sont espacées entre 30 et 40 ans, mais ont toujours conservé leurs relations avec les époques menstruelles. Dans l'intervalle, la malade a eu trois grossesses sans une seule crise migraineuse. Vers 40 ans, les migraines perdent leur caractère périodique. Elles deviennent plus fréquentes : 2 ou 3 par mois. Les flux menstruels, dès lors irréguliers, ces-

sent parfois plusieurs mois, puis reviennent. Mais les migraines persistent alors dans les périodes d'aménorrhée, y sont même plus violentes que quand les règles réapparaissent. Enfin survient un eczéma des avant-bras et du cou, rebelle à tous les traitements jusqu'ici essayés.

L'observation qui va suivre est intéressante en ce que, chez une femme d'habitude mal réglée, les migraines existent parallèlement aux règles tant que la menstruation demeure pathologique. Pendant une période de menstruation parfaite consécutive à une appendicectomie, la malade n'a plus de migraine. Les règles deviennent-elles à nouveau anormales, la migraine revient. Enfin, là encore, la migraine fait totalement défaut pendant les grossesses.

OBSERVATION XIII. — (*Malade du Dr Valléry-Radot*).

Mme de V..., 36 ans, mère migraineuse. Réglée à 13 ans. Règles douloureuses, prolongées pendant 10 jours et revenant souvent tous les 15 à 20 jours. En même temps que les règles, sont survenues à la puberté des migraines avec douleurs tantôt uni, tantôt bilatérales, pâleur, photophobie, état nauséux. Dans l'intervalle des règles, la malade est sujette assez souvent à des céphalées, moins moins violentes et sans le cortège migraineux. Elle a eu trois grossesses, au cours desquelles, dit-elle, « elle ne s'est jamais mieux portée. » Elle n'a jamais nourri.

A 33 ans, elle est opérée de son appendice. A la suite de l'intervention, les règles jusque-là très anormales deviennent tout à fait normales, durant 3 à 4 jours, sans caillots. La malade est alors entièrement délivrée de ses migraines ; mais à la suite d'une grossesse également exempte de migraines, les règles reprennent leurs caractères pathologiques et les migraines réapparaissent telles que précédemment, persistant depuis.

La malade ayant consulté récemment un chirurgien éminent, celui-ci a diagnostiqué chez elle une ovarite scléro-kystique et lui a proposé une ovariectomie.

L'existence des migraines menstruelles illustre bien le rôle des sécrétions endocriniennes dans la pathogénie de l'affection. Remarquons qu'il serait inexact d'attribuer à ces migraines une origine purement ovarienne. La menstruation, la grossesse entraînent des modifications bien trop complexes et ne se limitant certes pas à la sphère génitale. Et la synergie des endocrines est telle qu'on ne peut dissocier ici l'action de l'ovaire de celle des autres appareils endocriniens. Ceci explique sans doute l'insuffisance à peu près constante de l'opothérapie ovarienne dans les migraines.

Quoi qu'il en soit, l'existence de migraines périodiques, dont la migraine menstruelle est le type le plus frappant, est d'une constatation intéressante. Peut-être nous permet-elle de répondre à la question que nous nous posions plus haut : on pourrait admettre que, dans ces sortes de migraines, des modifications humorales sous la dépendance du fonctionnement anormal des endocrines rendent le malade apte à faire des chocs anaphylactiques. Nous rappellerons à ce propos la belle observation de Vidal, Abrami et de Gennez (1) concernant, non, il est vrai, une migraine, mais une asthmatique. Il s'agissait d'un asthme anaphylactique ayant persisté pendant toute la période d'activité génitale, tendant à disparaître depuis la ménopause et avec absence de toute crise au cours des grossesses. Lors de la ménopause, la malade avait présenté de

VIDAL, ABRAMI, DE GENNEZ. — *Presse médicale*, 6 mai 1922.

plus des signes d'hypothyroïdie. L'opothérapie thyroïdienne améliora nettement ces derniers signes et entraîna la disparition de l'asthme. Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de reproduire le passage suivant, qui s'applique sans doute, *mutatis mutandis*, aux migraines :

« Par quel mécanisme exact le trouble endocrinien a-t-il permis l'éclosion de l'anaphylaxie respiratoire ?
» Le problème est certainement très complexe. Il est probable que les altérations des glandes à sécrétion intense provoquent une perturbation dans le fonctionnement des appareils vago-sympathiques, dont les recherches de Biedl et Krauss, de Bouché et Hustin, de Drouet, de Tinel, Garrelon et Santenoise ont montré le rôle considérable dans la symptomatologie des phénomènes de choc. Il est non moins probable, d'autre part, que le défaut ou l'excès, dans le milieu sanguin, des produits de sécrétion des glandes endocrines, réalisent des conditions d'instabilité colloïdo-plasmatiques, propices à l'éclosion des phénomènes d'anaphylaxie. Les constatations expérimentales de Lanzenberg et Kepinow plaident en faveur de cette conception. D'après ces auteurs, en effet, si l'ablation de la thyroïde n'empêche pas, chez le cobaye, le choc anaphylactique de se produire, par contre elle met l'animal à l'abri du choc quand elle est effectuée avant l'injection préparante, ce qui tendrait à montrer qu'elle s'oppose en pareil cas à la sensibilisation elle-même. »

Cette conception nous semble bien plus plausible que celle proposée par Nast (thèse, page 98), qui suppose, pour expliquer la crise migraineuse menstruelle, une sensibi-

lisation acquise vis-à-vis de protéines élaborées dans les glandes endocrines au cours de la période catameniale.

Il s'agit là d'une hypothèse, peut-être séduisante, mais qu'aucun fait précis ne saurait actuellement appuyer.

On pourrait rapprocher des expériences de Lauzenberg citées plus haut, celles de Duran-Reynals, de Lumière et Couturier montrant l'absence de choc hémoclasique chez les femelles gravides. La gravidité protège donc l'animal contre les réactions anaphylactiques et ces résultats cadrent bien avec l'absence si fréquente de migraines chez la migraineuse enceinte.

Quoi qu'il en soit l'instabilité endocrinienne expliquerait peut-être, outre les migraines menstruelles, l'existence de migraines intermittentes liées soit au surmenage, soit aux circonstances atmosphériques ou climatériques.

CHAPITRE V

Diagnostic

Ce qui caractérise la migraine, c'est l'allure paroxystique des crises, périodiques ou non, mais avec sédation intercalaire complète.

Ce qui caractérise la crise migraineuse, c'est l'association d'une céphalée intense, à prédominance en général hémicranienne, et s'accompagnant de photophobie, avec un état nauséeux allant ou non jusqu'au vomissement.

Ajoutons que les premières crises migraineuses remontent toujours, sinon à l'enfance, du moins à la puberté ou à l'adolescence. Il n'existe guère de migraine vraie ayant débuté au-delà de 30 ans. L'enquête familiale révèle dans la règle une hérédité similaire chez les migraineux.

Tels sont les éléments importants du diagnostic. Il existe, il est vrai, des migraines incomplètes appartenant surtout à l'enfance et dont nous nous sommes expliqués plus haut (voir page 28).

Les névralgies faciales, surtout celles de la branche ophtalmique du V ont été prises souvent pour des migraines. Ce qui prête à confusion, c'est leur caractère discontinu, par crises extrêmement douloureuses et leur unilatéralité. Mais elles ne déterminent ni photophobie, ni sensations oculaires subjectives comme celles de la migraine ophtalmique. Surtout elles ne coexistent pas avec un état nauséux. Enfin, bien plus que chez les migraineux, existe dans la zone douloureuse une hyperesthésie cutanée. La douleur est exaspérée par le moindre frôlement, par les actes de la mimique, de la mastication. Enfin les points douloureux, limités, fixes à l'émergence des nerfs (nerfs sus-orbitaire en particulier, facilitent beaucoup le diagnostic. Les névralgies ont aussi leur début dans un âge plus avancé. Chez des sujets âgés, il est parfois plus difficile de différencier le névralgisme, sur lequel insiste M. Sicaud, de ce que nous avons appelé le migrainisme. Le diagnostic repose surtout sur l'étude des antécédents.

Exceptionnellement, ainsi que le problème s'en est posé pour un de nos malades, migraineux, on peut avoir à diagnostiquer d'une crise de migraine le début d'un zona ophtalmique. Mais l'apparition des vésicules, les troubles de la sensibilité (anesthésie cutanée et cornéenne) tranchent rapidement la difficulté.

La céphalée est très fréquente chez les sujets atteints d'asthénopie accommodative ou musculaire, de vices de réfraction non corrigés. De telles céphalées, surtout marquées le soir, ne s'accompagnent pas d'état nauséux et disparaissent par correction du vice de réfraction. Il faut en rapprocher les céphalées des enfants soumis à une

mauvaise hygiène scolaire qui sont souvent porteurs de troubles oculaires négligés. Elles ont à la fois pour origine la fatigue oculaire, le manque d'aération, le défaut d'exercice.

Nous avons vu qu'au contraire, les céphalées d'origine glaucomateuse peuvent avoir toutes les caractéristiques des vraies migraines. L'observation déjà citée de H. Lagrange enseigne la nécessité chez tout migraineux d'un examen ophtalmologique comprenant la mesure de la tension oculaire.

Il faut se garder de confondre avec la migraine les céphalées d'origine nasale, soit qu'il s'agisse d'une céphalée aiguë, d'apparition brusque, avec vomissements d'une durée de 24 heures (Bonnier, Guisez, Wicart). La douleur siège alors au niveau du sinus frontal ou des cellules ethmoïdales qui sont sensibles à la pression des parois correspondantes de l'orbite. Plus souvent la céphalée d'origine nasale a une marche moins aiguë : il s'agit, dans ce cas, soit d'une sinusite à poussées intermittentes, d'origine grippale par exemple, soit due à des polypes muqueux, à de l'ozène. Dans certains cas, une congestion passagère de la tête d'un cornet moyen hypertrophié, d'une bulle ethmoïdale anormale, peut entraîner une céphalée pseudo-migraineuse. De même que l'examen des yeux, l'examen du nez s'impose donc chez les migraineux. Selon les lésions constatées, de telles céphalées disparaissent par un traitement local, médical ou chirurgical, approprié à la cause.

Les lésions des centres nerveux et de leurs enveloppes peuvent entraîner des céphalées accompagnées de signes

digestifs : nausées, vomissements, constipation dont le diagnostic avec la migraine sera parfois d'une extrême difficulté, obligeant à recourir souvent à la ponction lombaire. On sait que l'examen du liquide céphalo-rachidien, un peu hypertendu parfois au cours de la crise est par ailleurs négatif dans la migraine.

C'est ainsi que la migraine, surtout chez l'enfant, peut être d'un diagnostic angoissant avec la méningite tuberculeuse à son début. D'autant que, chez l'enfant, les crises migraineuses s'accompagnent assez rapidement, de par les vomissements qu'elles entraînent, d'un état de dénutrition, de deshydratation très rapide. De plus le pouls est souvent accéléré. Le diagnostic repose surtout sur l'existence de crises antérieures, séparées entre elles par un bon état général, sur les antécédents familiaux, sur l'absence de fièvre, d'irrégularités sphymiques et respiratoires, d'inégalité pupillaire, de contractures, de convulsions, de modifications des réflexes. Pourtant il sera prudent d'examiner le liquide céphalo-rachidien qui fixera sur le diagnostic et le pronostic. Il n'en reste pas moins que, lors des crises suivantes, le même problème pourra se poser à nouveau tout entier, tant sont impressionnants les symptômes ainsi que l'atteinte générale rapide.

A plus forte raison, une migraine ophtalmoplégique, aphasique, parétique, pourra-t-elle prêter à de telles erreurs. Aussi bien ces migraines compliquées sont-elles le plus souvent symptomatiques d'une lésion cérébrale ou méningée. M. H. Roger (1) cite deux observations per-

1) H. ROGER. — Les migraines. Diagnostic et traitement. — *La Pratique médicale française*, avril 1923, n° 4.

sonnelles où des accès de cet ordre sont apparus comme prémonitoirès en quelque sorte d'une tuberculose méningo-encéphalique.

Le médecin ne confondra guère une méningite cérébro-spinale avec une crise migraineuse. Dans un cas relaté par M. Debré, dans une leçon récente sur la migraine, il n'en fut pas de même du malade. Celui-ci, jeune soldat, sujet aux migraines, crut à une crise migraineuse en présence du malaise subit, avec céphalée intense, vomissements, qui marqua le début d'une méningite épidémique. Quand il se décida à l'examen médical, le diagnostic ne prêtait pas au doute. Mais le retard apporté par l'erreur du malade à la sérothérapie lui fut malheureusement fatal.

M. Debré a cité également un cas de méningite ourlienne que le malade lui-même, migraineux avéré, prit au début pour une migraine.

La syphilis cérébro-méningée donne lieu le plus souvent à des céphalées qu'on ne confondra pas avec les crises migraineuses. Il s'agit de ces céphalées nocturnes, ne s'accompagnant ni de nausées, ni de photophobie coïncidant souvent avec des douleurs ostéocopes également à prédominance nocturne. De telles céphalées sont fréquentes à la période secondaire; mais aussi, plus tardivement, elles peuvent exister à l'exclusion de tout autre symptôme nerveux organique. Les antécédents, la réaction de Wassermann du sang, l'examen complet du liquide céphalo-rachidien permettront de reconnaître et de traiter la syphilis causale.

Mais il existe encore, au cours de la syphilis acquise ou

héréditaire, des céphalées paroxystiques pouvant prendre l'aspect de véritables migraines et particulièrement de migraines compliquées. Charcot avait déjà insisté sur la valeur de ces crises comme prémonitoires de la P. G. De fait, on suspectera principalement un syndrome migraigneux apparu seulement à l'âge moyen de la vie et l'on saura que chez un syphilitique ancien elles établissent la nécessité d'une ponction lombaire. Nous rappellerons enfin l'intérêt d'une bonne radiographie du crâne permettant de reconnaître une ostéïte gommeuse limitée et sur l'utilité de laquelle ont insisté, nous l'avons vu, MM. André Léri et Cottenot.

Nous avons indiqué déjà que certaines crises migraigneuses, surtout compliquées, pouvaient être sous la dépendance de tumeurs cérébrales ou méningées. En général, pourtant la céphalée est alors plus continue. Elle s'accompagne de torpeur intellectuelle progressive, d'asthénie. En même temps existent d'autres signes d'hypertension crânienne : vomissements cérébraux sans nausées, bradycardie, bradypnée, parfois crises jacksoniennes. De toutes façons l'examen du liquide céphalo-rachidien, celui surtout du fond d'œil, fournissent un gros appoint au diagnostic. L'évolution enfin montrera que les manifestations précédentes qui parfois, au début, apparaissent par accès, deviennent continues en même temps que l'état général s'aggrave.

On peut rapprocher des céphalées par compression cérébrale celles dénommées par S. Chauvet « céphalées hypophysaires » (1). Pour cet auteur, ce n'est pas la sécré-

(1) ST-CHAUVET. — Les céphalées hypophysaires. — *L'Hôpital*.

tion pituitaire, mais, bien l'excès de volume de la glande sous l'influence de synergies endocriniennes, qui causerait la céphalée de certains états. Il range parmi elles la céphalée menstruelle, la céphalée du retour d'âge; la céphalée des mélancoliques. En réalité, beaucoup de ces céphalées se confondent avec celles que nous avons envisagées ou qui seront envisagées plus loin. D'autres ont le caractère de la crise migraineuse, mais l'auteur les sépare pourtant de la migraine, moins, semble-t-il, pour une raison clinique que pour une raison pathogénique. « Il importe de laisser à l'étiquette migraine sa valeur pathogénique traditionnelle qui est celle d'une névralgie du sympathique. » A notre avis, la pathogénie de la migraine est encore trop obscure pour qu'on puisse s'en servir comme élément du diagnostic différentiel et nous avons, ainsi qu'on l'a vu, défini et envisagé la migraine de son seul point de vue clinique.

Le diagnostic de la migraine est en général facile avec les céphalées continues des hypertendus. Il s'agit surtout de céphalées apparaissant aux environs de la cinquantaine, accompagnées de vertiges, de bourdonnements d'oreille, de mouches volantes. Elles sont fréquemment occipitales.

Les céphalées des urémiques sont, elles aussi le plus souvent continues, mais leur coexistence avec des vomissements peut en imposer parfois pour une crise migraineuse. La torpeur, l'anémie, la diarrhée, le prurit devront faire penser au syndrome azotémique; les œdèmes, les crises convulsives au syndrome chlorurémique. Le dosage de l'urée du sang, la constante d'Ambard d'une part, le bilan et les épreuves de chloruration d'autre part, fixeront le diagnostic.

Les dyspeptiques, que nous avons vu fréquemment sujets aux migraines, présentent souvent des céphalées différentes : céphalées diffuses sans signes oculaires, sans caractère nettement paroxystique, sans vomissements. Elles disparaissent souvent par la diététique et l'hygiène digestive.

Les céphalées toxiques, en rapport par exemple avec les émanations d'oxyde de carbone (céphalées des cuisinières) n'ont aucun des caractères paroxystiques ni de signes d'accompagnement du syndrome migraineux. On peut en dire autant des céphalées neurasthéniques.

CHAPITRE VI

Pathogénie

Malgré les notions nouvelles qu'ont apportées les découvertes récentes dans le domaine biologique, la pathogénie des migraines reste encore mystérieuse.

Nous rappellerons rapidement les différentes théories en honneur qui, ainsi que le fait remarquer H. Roger, peuvent se ramener à trois groupes :

1° Théorie trigémellaire. Chaussier et Pinel confondaient la migraine et la névralgie du V. Haase considéra également la migraine comme une algie, mais intéressant seulement les filets récurrents, méningés émis par le nerf. Cette théorie a été acceptée par Eulenburg, Brissaud, Grasset et Sarda ;

2° Théorie incriminant les centres nerveux. Pour Romberg, Calmeil, Liveing, la migraine répond à une excitation des centres cérébraux sensitifs. Léopold Lévi pense que cette excitation intéresserait de plus les centres mo-

feurs oculaires, les noyaux des IX, X, XI, etc. La migraine serait alors un syndrome bulbo-protuberantiel ;

3° Théorie sympathique. Entrevue par Axenfeld, Jacoud, la théorie sympathique de la migraine fut formulée nettement par Dubois-Reymond. Les travaux récents sur le sympathique rendent cette théorie très vraisemblable.

Actuellement et depuis Charcot, la crise migraineuse est considérée comme en rapport avec un spasme vasculaire. Claude, Sicard, pensent que, dans la migraine banale, cet angiospasme se trouve localisé au territoire vasculaire du V ophtalmique et dure-merien. La migraine ophtalmique serait en rapport avec un angio-spasme de la région cortico-scissurale calcarine, la migraine compliquée parétique ou aphasique avec un angiospasme de la région rolandique ou sylvienne.

Au cours de la crise migraineuse l'angiospasme n'est peut-être pas toujours aussi localisé. Nous avons pu pratiquer quelques examens du fond d'œil chez des sujets en crise. Nous avons souvent trouvé, par comparaison avec le fond d'œil des mêmes sujets en dehors des crises, un rétrécissement des artères au niveau de la pupille, ces artères étant plus difficiles à distinguer du reste du champ rétinien, lequel est plus coloré que normalement.

A quoi sont dus ces spasmes vasculaires qui semblent à la base de la crise migraineuse ?

On sait le rôle du sympathique dans l'innervation vasomotrice. Sa participation, lors de la crise migraineuse, est encore affirmée par des troubles vaso-moteurs évidents : pâleur de la face (migraines blanches), ou rougeur de la face (migraines rouges). Ce sont ces troubles vaso-moteurs

qui ont conduit Dubois Reymond à incriminer le premier le sympathique cervical. En outre, Flatau, Claude ont pu observer chez des migraineux un syndrome de Claude-Bernard-Horwer.

Il eût été intéressant de prouver la susceptibilité particulière du système vago-sympathique chez les migraineux aussi bien en temps normal qu'en période de crise. Dans ce but des recherches ont été entreprises par différents auteurs, tant par les moyens cliniques que par les procédés expérimentaux. Malheureusement, les moyens d'investigations que nous possédons pour explorer le vago-sympathique ne sont pas d'une précision constante et nous n'en voulons pas d'autre témoignage que la diversité des réponses qu'ils ont données entre les mains des différents auteurs. C'est ainsi que, chez les asthmatiques, Lian et Cathala, à l'aide du réflexe oculo-cardiaque, ont trouvé un vague particulièrement impressionnable alors que, par le même moyen, Galup et Castelnau ont trouvé tantôt de la vagotonie, tantôt de la sympathicotonie. Tinel, Garrelon et Santenoise incriminent une prépondérance vagotonique pour la production de toutes les manifestations du choc anaphylactique. Dans la migraine en particulier, Pasteur Vallery-Radot, Haguenau et Dollfus (1) ont cherché à déterminer l'état du vago-sympathique à l'aide des tests pharmacodynamiques proposés par Eppinger et Hess, consistant en injections sous-cutanées d'adrenaline, d'atropine et de pilocarpine. Voici la conclusion à laquelle

P. VALLERY-RADOT, HAGUENAU et DOLLFUS. — Les tests pharmacodynamique du tonus vago sympathique dans les états anaphylactiques. — *Presse médicale*, 10 décembre 1923.

ont été amenés ces auteurs : « La dystonie vago-sympathique comme la dysendocrinie a sans doute une part des plus importante dans les états anaphylactiques... mais les troubles du système organo-végétatif restent encore bien obscurs et il semble illusoire d'explorer le tonus vago-sympathique en utilisant suivant la technique habituelle les tests pharmacodynamiques. » Nous verrons plus loin que les essais de thérapeutique, en vue de modifier l'état du système vago-sympathique nous ont donné les mêmes résultats décevants.

Il n'en reste pas moins vrai qu'au point de vue clinique, la participation du sympathique paraît évidente. Par quels agents, sous quelle influence, le système organo-végétatif, entre-t-il en jeu ? C'est ici que nous voyons intervenir, plus marqué peut-être que dans toutes les autres manifestations du même ordre, le rôle du terrain. En effet, l'hérédité migraineuse, comme nous l'avons vu, est extrêmement fréquente. Elle agit probablement en modifiant l'organisme, et particulièrement les humeurs du migraineux, en créant sans doute « une instabilité colloïdale », une « aptitude facile au déséquilibre colloïdal » (Widal) (1), permettant au sujet ainsi marqué de réagir à des influences qui n'ont aucune action sur les individus normaux. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire d'invoquer chez de tels sujets le mécanisme de l'anaphylaxie pour créer un déséquilibre humoral, celui-ci pouvant être produit par des réactions ayant pris naissance à l'intérieur de l'organisme ou par des modifica-

(1) WIDAL, ABAND et J. LERMOYEZ. — Anaphylaxie et odionyncrasie. *Presse médicale*, 4 mars 1922.

tions du milieu extérieur : rôle des émotions, des changements d'habitude, de la fatigue, des variations atmosphériques, des différences de climat, des modifications de la composition de l'air respiré : une de nos malades n'a que très peu de crises loin de Paris, alors qu'elles reparaissent très fréquentes dès qu'elle revient dans cette ville. Des enfants, pensionnaires dans un lycée ont dans leurs classes des crises répétées qui disparaissent pendant les vacances.

Et l'on comprend, chez des sujets dont l'équilibre humoral est aussi mal établi, l'importance que peut prendre une déficience organique quelconque qui, chez l'homme normal, est à peine sensible. Elle jouera dans ce cas particulier le rôle d'épine irritative capable de déclencher un trouble du milieu humoral, une modification du tonus vago-sympathique. Ces épines irritatives, ces lésions organiques souvent peu accentuées, nous les avons longuement étudiées au chapitre des formes étiologiques.

Mais pourquoi l'excitation du sympathique, provoquée en un point quelconque de l'organisme du migraineux, détermine-t-elle une réaction toujours localisée aux mêmes territoires vasculaires ou nerveux ? Sans doute, parce que les éléments cellulaires qui traduisent ainsi la perturbation de l'organisme, présentent une fragilité particulière, anormale — et peut-être transitoire — qui les rend plus sensibles aux modifications de l'équilibre humoral et les y font réagir aussitôt. A ce propos, rappelons que Souques, dans l'observation de migraine ophtalmologique que nous avons relatée plus haut (obs. 2) fait intervenir une lésion probable de la base et propose d'attri-

buer la périodicité des crises au retour d'un choc colloïdo-clasique se faisant sentir au niveau de l'épine ainsi constituée. C'est par un mécanisme sans doute analogue à celui qu'ont mis en évidence Widal et P. Valléry-Radot (1) dans l'observation de leurs deux malades anaphylactisés à l'antipyrine et qui traduisaient leur choc par une éruption localisée toujours dans la même région, analogue chez les deux sujets, la région perilabiale. « Tels ou tels éléments cellulaires se montrent suivant les sujets particulièrement fragiles et traduisent leurs souffrances par un syndrome fonctionnel déterminé. » Et peut-être cette fragilité n'est-elle pas localisée en un seul point de l'organisme, territoires vasculaires ou éléments nerveux qui les commandent, mais existe-t-elle également au niveau de vaisseaux, d'éléments nerveux situés en d'autres points, chez les sujets qui réagissent au choc par des manifestations cliniques diverses, telles que nous les avons vues alterner si souvent avec la migraine : urticaire, prurit, maladie de Raynaud, épilepsie, etc.

Ou bien encore pourrait-on invoquer pour expliquer l'alternance de ces diverses manifestations morbides, l'interprétation pathogénique nouvelle que Bouché et Hustin ont donnée de ces phénomènes pathologiques encore mystérieux. Ces auteurs ont retrouvé dans la migraine « le processus du choc vasotrophique » qu'ils ont décrit à pro-

(1) WIDAL et PASTEUR VALLÉRY-RADOT. — Anaphylaxie à l'antipyrine. — *Presse médicale*, 4 février 1920.

Désensibilisations et resensibilisations chez une malade anaphylactisée à l'antipyrine. — *Gazette des hôpitaux*, 1 et 3 mars 1921.

(1) BOUCHÉ et HUSTIN. — Le choc vasotrophique. — Académie royale de Belgique, 1919 et 1920.

pos des réactions cutanées survenant à la suite des injections déchainantes de sérum et qui leur apparaît comme « un type réactionnel du système nerveux végétatif, sympathique et pneumogastrique mis en jeu dans des circonstances physiologiques et pathologiques diverses ». Pour ces auteurs, la migraine, l'épilepsie, l'asthme, l'urticaire, l'hémoglobinurie paroxystique, etc... formeraient « un groupe nosologique de maladie à chocs vasotrophiques dont l'origine ne sera éclairée que par l'étude complète des excitants vasotrophiques » dont l'anaphylaxie ne fournit qu'un exemple. Mais alors que « l'asthme et l'épilepsie surviennent à la pasc parasymphathique du choc », « pour la migraine les symptômes se présentent surtout durant la phase sympathique ».

Quoi qu'il en soit, il semble qu'on ne puisse accorder à l'accès migraineux une pathogénie univoque. Il existe sans doute des migraines purement anaphylactiques. C'est dans cette forme que les cuti-réactions pratiquées selon la méthode de Walcker devraient donner une réponse positive. Ces recherches, entreprises sur une grande échelle en Amérique, surtout dans l'asthme et le rhume des foins, ont été beaucoup moins fréquentes dans la migraine. Ramirez (1) aurait obtenu des résultats positifs dans trois cas avec le blanc d'œuf, le chocolat et le céleri et fait disparaître ces migraines par suppression de ces aliments. Nous même, avec Pasteur Valléry-Radot, avons pratiqué un certain nombre de cuti-réactions chez une de nos malades sans une seule réponse positive (aux albumi-

(1) in P. VALLÉRY-RADOT. — Migraine et anaphylaxie. — *La Médecine*, février 1923.

nes du lait, à l'œuf, au veau, au mouton, au bœuf, à la pomme de terre, à la laine, aux squames de cheval, aux plumes de poulet, de canard, d'oie, à l'extrait d'ovaire). Cette recherche serait plus intéressante, et aurait plus de chances de réussir chez un sujet sensible à une substance donnée, migraineux lors de chaque ingestion de chocolat par exemple à la manière de Lasègue. Encore, parmi ces migraineux sensibilisés vis-à-vis d'une seule substance, beaucoup ne manifestent pas leur sensibilisation à n'importe quel moment. Pagniez et Nast (2), chez un tel sujet qui faisait d'une manière inconstante des migraines au chocolat ont montré que cet aliment ne déterminait pas à tout coup un choc hémoclasique, mais que la migraine ne survenait que dans les cas où la leucopénie traduisant le choc avait elle-même apparu. Chez ce malade donc, la substance anaphylactisante seule ne suffisait pas à provoquer le choc. Il fallait encore que l'organisme fût en quelque sorte réceptif, ce qui n'arrivait sans doute qu'en cas d'instabilité anormale de l'équilibre humoral.

En somme, de quelque façon que l'on aborde le problème pathogénique posé par la crise migraineuse, on est ramené au même point de départ : instabilité, déséquilibre du milieu humoral. C'est l'étude à peine ébauchée actuellement, des conditions dans lesquelles se produit celui-ci que nous allons aborder maintenant.

Il importe de dire tout d'abord que, pour être complet, cette étude devrait porter sur le milieu intérieur à trois moments différents : dans l'intervalle des crises, pendant

(2) PAGNIEZ et NAST, — Recherches sur la pathogénie de la migraine. — *Presse Médicale*, 28 avril 1920.

la crise, et surtout pendant la phase qui précède l'éclosion de l'accès. Ces recherches n'ont jamais été entreprises d'une manière systématique. D'ailleurs s'il est possible de se procurer du sang de migraineux dans la période de calme, il est déjà plus difficile d'en obtenir au moment de l'accès, et exceptionnel d'en recueillir immédiatement avant son déclenchement.

Toutes les recherches physico-chimiques qui ont été faites sur les humeurs des migraineux ont porté sur le sang, de sorte qu'en ce chapitre nous ne parlerons pas du liquide céphalo-rachidien dont nous avons indiqué plus haut les caractères négatifs.

L'étude des éléments figurés du sang n'a donné que peu de résultats intéressants. En période de crise comme à l'état normal, il n'y a guère de modifications de la formule sanguine si ce n'est dans les migraines anaphylactiques une tendance à l'inversion, coïncidant avec la leucopenie (Pagniez et Nast). L'eosinophilie sanguine signalée au moment de l'accès par Neusser n'a pas été retrouvée par Pasteur Valléry-Radot.

Beaucoup plus intéressantes paraissent être les modifications qui se produisent au sein du plasma sanguin. Avec P. Valléry-Radot, nous avons cherché à mettre en évidence l'existence de précipitines retrouvées dans un cas d'urticaire géant par cet auteur avec Pagniez. Pour cela nous avons mis en présence le sérum de plusieurs sujets en période d'accalmie et en période de crise avec de l'ovalbumine aux doses suivantes :

I goutte sérum + I goutte ovalbumine au 1/10.

V goutte sérum + V goutte ovalbumine au 1/10.

IX goutte sérum + I goutte ovalbumine au 1/10.

Nous avons aux mêmes doses mis du sérum de migraineux en présence du sérum d'individus normaux et du sérum du même malade en crise et au repos. Dans aucun cas nous n'avons provoqué l'apparition de précipitines. Il serait intéressant de refaire les mêmes expériences au moyen de sérum prélevé immédiatement avant la crise et de mettre en présence le sérum de certains migraineux avec la substance spécifique capable chez eux de déclencher l'accès.

Les recherches d'ordre chimique entreprises sur le plasma sanguin n'ont pas eu toutes les mêmes résultats négatifs. Différents auteurs ont abordé cette question. Rémond et Rouzard (1) ont recherché les principales modifications chimiques dans l'intervalle des crises. Ils ont trouvé une hypercholestérinémie dont le taux normal de 1 gr. 50 est passé à 2 gr. 10 en moyenne, et une hyperuricémie également notable (notons en passant que ces constatations tendraient à rapprocher au point de vue pathogénique migraine et goutte). Loeper a montré une augmentation de l'oxalémie chez les migraineux. Hyperuricémie, hypercholestérinémie, hyperoxalémie exercent peut-être une grosse influence sur l'équilibre colloïdal du milieu humoral. Ce ne sont pas les seules modifications plasmatiques que Rémond et Rouzard aient relevé chez les migraineux. Ils ont signalé une augmentation de l'azote résiduel non uréique du sang, une accentuation légère de l'urée sanguine, une élévation du coefficient d'im-

(1) REMOND et ROUZARD. — Loc. cit.

perfection uréogénique de Maillard. Enfin, ils ont constaté une augmentation de la viscosité sanguine. Nous ne croyons pas que la teneur du sang ait été étudiée, en ce qui concerne les différentes bases et métaux. Il y aurait là une recherche intéressante à pratiquer.

Pour notre part, et avec R. Weismann-Netter, nous nous sommes attachés surtout à étudier chez les migraineux les modifications de la réserve alcaline du sang. Précédemment, Curtiss-Brown (1) a signalé, au cours de migraines, une forte tolérance alcaline : il faisait ingérer à ses malades des alcalins et notait par comparaison avec des individus normaux la quantité nécessaire pour rendre les urines alcalines ; la dose nécessaire était plus forte qu'à l'état normal.

Nous n'insisterons pas sur le manque de précision qu'une semblable méthode comporte quant à l'évaluation de l'acidose ou de l'alcalose sanguines, et sur les nombreuses causes d'erreur dont peuvent s'entacher les résultats. Nous avons repris l'étude de la réserve alcaline chez les migraineux par titrage direct selon la méthode de Cullen-Guillaumin (2). On sait que les valeurs normales, volumétriques de CO_2 p. 100 à 0°/760 varient entre 53 et 65.

a) Nos dosages ont porté sur 11 migraineux en dehors des accès : les chiffres ont été sensiblement normaux, bien qu'en général assez proches de la limite normale supérieure (en moyenne 61,5);

(1) CURTISS-BROWN, — Rôle des protéines alimentaires dans l'étiologie du mal de tête. — *Presse Médicale*, 18 septembre 1920

(2) GUILLAUMIN, — *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1^{er} janvier 1923.

b) Chez cinq sujets en crise, il n'y a pas eu de modification appréciable des chiffres trouvés en dehors des crises:

c) Chez deux malades nous avons pu pratiquer des dosages en série :

1^{er}) Mme Louise B..., 30 ans, père migraineux, migraineuse depuis l'âge de 8 ans. Les migraines sont devenues menstruelles à la puberté. Menstrues douloureuses, peu abondantes, irrégulières prolongées. Les migraines n'ont cessé qu'au cours d'une grossesse. Elles sont revenues avec les règles 3 mois après l'accouchement.

1^{er} dosage, 18 janvier : 59,1.

2^e dosage, 23 janvier : 59.

3^e dosage, 28 janvier : 58,6.

4^e dosage, 31 janvier : 73 (premier jour des règles).

5^e dosage, 2 février : 58,4 (la migraine est apparue ce même jour).

6^e dosage, 25 février : 54 (premier jour des règles, la migraine n'est survenue que le 4 mars).

Nous voyons donc que, chez cette malade, les dosages en série ont donné un chiffre normal, toujours sensiblement le même, sauf dans un cas, dans les deux jours qui ont précédé l'accès migraineux. Le sang repris au même moment physiologique (1^{er} jour de la menstruation) le mois suivant, mais huit jours avant la crise migraineuse, a donné, à l'inverse, un taux alcalin plus bas que normalement. L'augmentation considérable de la réserve alcaline au début des règles apparaît comme un phénomène tout à fait anormal et qu'on ne peut expliquer que par une perturbation humorale en rapport avec la crise migraineuse en préparation. En effet, R. Weismann-Netter a trouvé au début de la menstruation chez les femmes nor-

males, et surtout dans les jours qui précèdent l'apparition des règles, une réserve alcaline constamment et notablement abaissée.

2°) Bouc... (voir observation n° 1).

1^{er} dosage (au début d'une crise), 12 novembre 23 : 64,7.

2^e dosage (quelques heures avant une crise), 14 novembre 23 : 68,1.

Le malade était à ce moment dans une sorte d'état de mal migraineux. Nous lui conseillâmes la peptone, administrée de la façon suivante : 0,50 une heure avant chacun des trois repas, pendant 20 jours, suivis de 10 jours d'abstention. Dans ces conditions, les crises disparurent pendant toute la période d'absorption de la peptone et pendant les cinq premiers jours de la période d'abstention. Les cinq jours suivants des crises reparaissent.

3^e dosage (pendant une période d'absorption de peptone, 57,6.

4^e dosage (pendant une période d'abstention avec crises) : 65,4.

5^e dosage (pendant une période d'abstention avec crises) 67,7.

• L'augmentation de l'alcalinité sanguine nous semble donc pouvoir intervenir pour une part dans le mécanisme pathogénique de la crise migraineuse et nous paraît intéressante à un double point de vue. D'une part, la réserve alcaline au cours de la grossesse est constamment diminuée, ainsi que l'ont montré les recherches de Williamson (1), de R. Weismann-Netter (2); or, la majorité

(1) WILLIAMSON. — *American Journal of Obstetrics*, septembre 1923.

(2) WEISMANN-NETTER. — *Bulletin de la Société de Biologie*, 5 avril 1924.

des migraineuses voient leurs crises disparaître complètement au cours de la gestation. D'autre part, les travaux de Bigwood ont montré une alcalose dans l'épilepsie essentielle et nous voici encore une fois amenés à insister sur la parenté qui unit les deux affections.

En résumé, la pathogénie de la migraine, encore obscure comme celle de tant d'états voisins, s'éclairerait sans doute par une connaissance plus approfondie des perturbations du milieu humoral. Il resterait à découvrir sous quelles influences complexes ces perturbations s'accomplissent. A ce point de vue, des recherches analogues poursuivies dans les états dysendocriniens cliniques et expérimentaux permettront peut-être un jour de soumettre ces variations humorales à des troubles du fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

CHAPITRE VII

Traitement

1° *Traitement de la crise migraineuse.* — Tous les analgésiques sont ordinairement essayés à tour de rôle pour les malades en crise : antipyrine, phénacétine, pyramidon, aspirine, salipyrine, algocratine; ces agents médicamenteux étant employés soit isolés, soit associés à la caféine. Certains migraineux ont recours au chloral. D'autres, enfin, craignent tellement leurs accès qu'ils deviennent morphinomanes. Aux substances médicamenteuses, les malades ajoutent des procédés enseignés par leur expérience : application de froid dans la zone douloureuse à l'aide du crayon mentholé, application et inhalation d'eau sédative, massage de la zone douloureuse dont Didsbury a voulu faire le traitement de choix des migraines. Ainsi chaque migraineux soigne sa crise à sa façon. Il connaît les substances, invente les procédés qui rendent plus supportable cette épreuve sans cesse renouvelée qu'elle constitue pour lui.

Avec M. Pasteur Vallery-Radot, nous avons essayé de modifier la marche de l'accès douloureux au moyen de substances réputées comme agissant sur le tonus vago-sympathique. Nos résultats, avec l'atropine, l'adrénaline, la pilocarpine per os ou en injections ont été des plus variables, des plus difficiles à interpréter. L'atropine et l'adrénaline, dont l'action d'arrêt est si remarquable dans la crise d'asthme, ne nous a paru avoir aucune action sur la crise de migraine. L'injection au début de la crise de nitrate de pilocarpine (1 centimètre cube de la solution au millième) a donné des résultats assez nets chez deux malades seulement : l'un était un jeune homme souffrant depuis quelques jours d'une sorte d'état migraineux avec céphalée périorbitaire, photophobie, nausées : la crise a cessé cinq heures après l'injection. L'autre malade était une femme atteinte de migraines menstruelles : l'injection dès le début de la crise en a très nettement réduit l'intensité et la durée.

Nous avons administré encore sans résultats nets de la gènesérine par os (trois granulés d'un demi milligramme par jour).

2° *Traitement du fond migraineux.* — Les considérations qui nous ont amenée à proposer une classification étiologique des migraines n'étaient pas seulement d'ordre clinique et pathogénique. Si la migraine est un syndrome à la base duquel se trouvent des causes variables, elle ne peut avoir un traitement univoque. D'où l'intérêt d'un examen complet du malade, permettant de découvrir ces causes et d'agir sur elles.

Si l'examen révèle des signes organiques de lésion ner-

veuse, ou que même en leur absence le diagnostic se trouve aiguillé par les réactions biologiques du sang ou du liquide céphalo-rachidien, par une bonne radiographie du crâne, vers l'hypothèse d'une syphilis du névraxe ou de l'os, on agira parfois avec succès sur le syndrome migraineux par le traitement antisyphilitique. Que les signes cliniques, joints à l'examen du fond d'œil ainsi qu'aux résultats de la ponction lombaire, amènent à diagnostiquer une tumeur cérébrale, à défaut d'une intervention directe sur cette lésion, la trépanation décompressive pourra, en améliorant l'état général du malade et en faisant disparaître les phénomènes dus à l'hypertension intracrânienne, agir de même sur le syndrome migraineux.

Nous avons signalé ailleurs l'intérêt qu'il y a à découvrir et à corriger les vices de réfraction oculaires, à penser au glaucome en présence des crises migraineuses. Le cas échéant, le traitement par les instillations de pilocarpine amènera, comme chez la malade de H. Lagrange, une amélioration ou une disparition du syndrome migraineux.

En présence de lésions nasales ou sinusales, le traitement local, médical ou chirurgical, selon les indications, aboutira parfois au même effet.

Le migraineux est-il porteur d'une lésion digestive localisée, gastrique, duodénale, intestinale ? La guérison de cette lésion sera suivie souvent de la disparition des migraines. Le traitement, selon le cas, aura été médical, diététique et médicamenteux : éviter la tachyphagie, manger légèrement, combattre la constipation, moins peut-être par les laxatifs que par la rééducation intestinale, l'hygiène générale et l'exercice physique, ce sont là des re-

commandations utiles ; on luttera contre l'atonie et l'hypopepsie par l'acide chlorhydrique, les ferments digestifs, le bicarbonate de soude à faible dose pris avant le repas ; on usera de l'opothérapie biliaire ; nous ne serions pas surpris que, dans d'assez nombreux cas de migraine, la peptone elle-même agisse surtout comme régulatrice du fonctionnement digestif, ainsi d'ailleurs que l'indique Nast lui-même. Si le traitement médical est insuffisant, en cas par exemple d'un obstacle sur le tractus digestif, la levée chirurgicale de cet obstacle pourra guérir la migraine. Nous avons rapporté déjà les résultats obtenus par Duval et Roux dans plusieurs cas de sténoses duodénales.

En présence d'une migraine dont l'origine anaphylactique se révélerait assez nettement (anaphylaxie à un aliment ou à une substance donnée), peut-être le traitement de choix serait-il la désensibilisation par des injections sous-cutanées à doses progressivement croissantes de la protéine spécifique, méthode employée par différents auteurs, et surtout en Amérique, dans le traitement de certains asthmes, de certains coryzas spasmodiques, de certains urticaires, ou bien par les cutiréactions employées avec succès par P. Vallery-Radot et Haguenau. Mais des cas aussi nets sont exception. Il est en général beaucoup plus simple de s'adresser à la peptonothérapie préprandiale telle que l'ont préconisée Pagniez, Nast, Pasteur Vallery-Radot. On conseillera au malade d'absorber, une heure avant chaque repas, de 0,25 à 0,50 de peptone pure et de ne rien prendre entre les repas. Certains sujets se trouveront mieux de préparations peptonées spéciales (phylactone Byla, gélo-peptone, etc...). Quoi qu'il en soit, les

migraigneux améliorés par la peptone ne se comptent plus. Il en est dont les migraines restent absentes tout le temps de la peptonothérapie et reparaissent dans les périodes d'abstention. Nous en avons relaté à propos de la pathogénie un exemple caractéristique. Mais à côté de ces migraigneux dont l'existence se trouve véritablement transformée par la peptonothérapie, d'autres, au contraire, ne sont nullement influencés par elle.

Nous n'insisterons pas sur les tentatives de peptonothérapie intraveineuse tentées en Amérique par Muller et Raulston. Comme pour la peptonothérapie per os, les résultats ont été assez variables. Mais on n'emploiera jamais cette méthode, essentiellement dangereuse, au moins avec les peptones injectables dont on dispose communément. On pourra, au contraire, tenter la peptonothérapie sous-cutanée.

Bouché et Hustin injectent sous la peau des migraigneux de petites doses de sérum de cheval (1 centimètre cube) ou de venin de crotale (un à deux dixièmes de milligramme), d'abord une fois par semaine pendant un mois, puis tous les quinze jours. Ils pensent que le choc léger déterminé par ces injections met l'organisme à l'abri d'un choc plus grave déchaînant une crise de migraine. A la suite de ces injections, on peut observer des douleurs locales violentes et de l'érythème, parfois une exacerbation passagère des crises de migraines. Pour les auteurs, ce traitement prolongé améliore beaucoup de migraines, en guérit un certain nombre. Ils ont eu aussi quelques échecs.

L'autohémothérapie en série donne parfois d'excellents résultats. Nous en avons relaté deux cas traités par le

D^r Gutmann. Mais ces résultats sont assez souvent passagers.

Sicard, Paraf et Forestier ont amélioré ou guéri des migraines par injection intraveineuse de carbonate de soude (1 gr. 50 à 2 grammes dissous dans 80 à 100 centimètres cubes d'eau physiologique) répétées tous les deux ou trois jours.

Dans un cas de céphalée atroce, continue, durant depuis plusieurs mois, Pasteur Vallery-Radot a conseillé des injections intraveineuses de chlorure de calcium (0 gr. 50 dans 2 centimètres cubes d'eau distillée). A la cinquième injection s'est produite une sédation presque complète.

Ces différentes médications ont pour but l'antianaphylaxie. Les unes (peptonothérapie-hémothérapie, méthode de Bouché et Hustin) ont pour but de « vacciner » contre le choc; les autres visent à modifier l'équilibre humoral. Il semble que toutes agissent dans les mêmes formes de migraine et sont inefficaces dans les autres formes.

Les nombreuses raisons qui plaident en faveur de l'étiologie endocrinienne d'un grand nombre de migraines, semblent permettre d'attacher grand espoir dans le traitement opothérapique. Malheureusement l'opothérapie, à l'heure actuelle, est encore à la période de tâtonnement, au même titre d'ailleurs que l'endocrinologie. On ne peut manquer de sentir ce qu'il y a de schématique et de convenu dans le diagnostic d'insuffisance ovarienne, ou d'insuffisance thyroïdienne par exemple, tel qu'on le fait souvent en clinique. La vérité est moins simple. Il n'y a sans doute guère de dysovarie ou de dysthyroïdie isolée, mais dans chaque cas un complexe à facteurs variables de dys-

fonctionnements endocriniens multiples. Ce n'est que le jour où, connaissant mieux, soit par la méthode des tests, soit par le métabolisme basal, soit surtout par l'étude physico-chimique approfondie des humeurs, le rôle relatif, dans chaque cas, du dysfonctionnement de telle ou telle glande, et aussi le sens de ce dysfonctionnement, ce n'est qu'alors qu'on pourra manier l'opothérapie autrement qu'en aveugle. En attendant l'opothérapie, en dehors du classique myxœdème, reste une médication intéressante, mais de second plan. On obtiendra rarement en ce qui concerne la migraine, même liée nettement à des troubles endocriniens, une amélioration incontestable par l'opothérapie thyroïdienne ou ovarienne isolée, fût-ce en employant les extraits de glandes en injection. Le mieux est du reste de les associer, tout particulièrement ovaire et thyroïde.

A côté des migraines à la base desquelles on découvre, ainsi que dans celles considérée jusque-là, une lésion associée, une diathèse colloïdoclasique, etc..., il reste des migraines chez lesquelles l'examen complet du malade sera négatif : celles qui semblent ressortir de la névrose migraineuse.

Si vraiment, comme nous l'avons indiqué et comme nos recherches sur l'alcalinité sanguine paraissent le confirmer, il y a, nous ne disons pas identité, mais du moins parenté entre elles et l'épilepsie, on devrait obtenir une amélioration : diminution ou disparition des crises par les médicaments efficaces qu'on possède contre cette dernière. Or l'un d'eux agit sans conteste dans certaines migraines et non dans toutes à notre avis : c'est le gardénal

administré selon la même posologie que chez les épileptiques. Strassburger (1) prétend qu'il est le médicament de choix de l'une comme de l'autre. Van Schelven (2) a obtenu également, après atténuation, la disparition complète des crises; Harris (3), après avoir essayé les bromures sans grand succès, a obtenu des résultats rapides par le même luminal. Nous croyons intéressant de faire remarquer, qu'ainsi que l'a montré Bigwood, et comme nous l'avons nous-même retrouvé avec R. Weismann-Netter, le gardénal possède incontestablement une action modificatrice de l'alcalinité humorale qu'il fait varier dans le sens de l'acidose.

Afin d'être complet, nous ajouterons aux considérations précédentes que, quel que soit le traitement de choix qu'il convient de recommander à tel ou tel migraineux en se guidant sur l'étiologie supposée de sa migraine, on se trouvera bien de faire à tout migraineux certaines recommandations d'ordre général : éviter la fatigue, le surmenage intellectuel, mais rechercher le grand air, ne pas négliger l'exercice physique, manger lentement, légèrement, veiller aux fonctions intestinales. Des douches tièdes, des massages, des cures thermales, à Divonne, à Néris, sont souvent utiles.

Nous signalerons aussi, comme appartenant au même ordre de facteurs, accessoires mais favorables surtout à ceux qui ne peuvent bénéficier de l'héliothérapie natu-

(1) STRASSBURGER. — *Klinische Wochenschrift*, 20 avril 1923.

(2) VAN SCHELVEN. — *Nederlandsch. tijdschr. v. geneesk.*, 1921, n° 11.

(3) HARRIS. — *British medical journal*, 8 octobre 1923.

relle, les irradiations lumineuses de la lampe à quartz qui, pour Léopold Freund (1), peut, sinon guérir, du moins améliorer nettement certains cas.

(1) LÉOPOLD FREUND. — *Wiener klinische Wochenschrift*, 18 octobre 1923.

Conclusions

Nous avons tenté dans ce travail une mise au point de la question des migraines en tenant compte à la fois des données classiques et des acquisitions récentes. Mais nous ne ferons entrer dans nos conclusions que ce qui constitue, croyons-nous, une contribution personnelle :

1° Notre classification étiologique des migraines considérées non comme une entité clinique, mais comme un syndrome, repose à la fois sur la clinique, la pathogénie, la thérapeutique. Nous la résumerons comme il suit :

a) Il existe des migraines symptomatiques. La plupart des migraines compliquées, certaines migraines banales aussi, peuvent être dues par exemple à une syphilis méningée, encéphalique ou crânienne, ou bien à une tumeur cérébrale.

b) Par migraines réflexes nous entendons celles qui se relient par filiation étiologique mal connue à une lésion localisée ou à un dysfonctionnement glandulaire. Cette filiation s'affirme par l'amélioration ou la guérison du

syndrome migraineux une fois disparue la lésion, une fois régularisé le fonctionnement glandulaire. C'est ainsi que nous avons distingué des migraines d'origine oculaires (parmi lesquelles une migraine glaucomateuse), des migraines d'origine nasale, des migraines d'origine digestive surtout. Celles-ci, très fréquentes, sont en rapport, les unes avec une lésion gastrique, duodénale, intestinale, et guérissent après traitement médical ou chirurgical de cette lésion; les autres, avec un dysfonctionnement des glandes digestives. Nous avons ainsi passé aux migraines anaphylactiques que nous avons longuement développées, puis aux migraines endocriniennes, dont les plus typiques sont les migraines menstruelles.

c) Il subsiste enfin une migraine essentielle, névrose migraineuse que nous croyons proche parente de l'épilepsie. C'est sur elle principalement qu'agirait la médication par le gardénal.

Très certainement beaucoup de migraines débordent les catégories étiologiques précédentes et résultent d'un complexe entre diverses causes. Nous croyons cependant qu'une classification telle que celle proposée peut jouer l'important rôle de fil conducteur au cours de l'examen du migraineux et lors de l'élaboration du traitement.

2° Au point de vue symptomatique, nous avons décrit une forme spéciale où, aux crises migraineuses banales se joint un purpura fugace, en général localisé dans la région périorbitaire et l'hémiface du côté douloureux, mais pouvant s'étendre davantage. Nous avons insisté

aussi sur l'existence, chez l'enfant, de migraines irrégulières, incomplètes, posant d'angoissants problèmes de diagnostic.

3° Au point de vue pathogénique, nous avons apporté à l'appui de la théorie généralement acceptée du spasme vasculaire, les résultats de nos examens du fond d'œil en période de crise, qu'il s'agisse de migraine ophtalmique ou de migraine banale; il nous a semblé que, dans la règle, les artères de la région papillaire étaient rétrécies, se détachant moins bien qu'à l'état normal d'un fond plus coloré.

Nous avons surtout étudié à divers points de vue les humeurs du migraineux. Nos recherches de cuti-réactions à diverses substances, nos recherches de précipitines dans le sérum n'ont pas eu de résultats.

Au contraire, nos dosages de la réserve alcaline du sang chez les migraineux, particulièrement pendant les heures qui précèdent la crise, nous ont montré une alcalinité notablement augmentée. Ces recherches, que nous comptons poursuivre, permettront peut-être de rapprocher davantage encore, au point de vue pathogénique, certaines migraines de l'épilepsie.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
J.-A. SICARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

